

JOACMEQ en français

⚠ Attention, cette traduction n'a pas fait l'objet d'une étude vérifiant sa fiabilité et sa validité trans-culturelle.

En prenant en compte votre état de santé durant la semaine dernière, entourez, s'il vous plait, le numéro qui correspond le mieux aux questions qui suivent. Si votre état varie dans la journée ou dans le temps, entourez le numéro de votre état le pire.

Q1-1 Lorsque vous êtes assis, pouvez-vous regarder au plafond en levant la tête ?

1. Impossible
2. Possible dans une certaine mesure (avec un peu d'efforts)
3. Possible sans difficulté

Q1-2 Pouvez-vous boire un verre d'eau sans vous arrêter malgré les symptômes dans les cervicales ?

1. Impossible
2. Possible dans une certaine mesure
3. Possible sans difficulté

Q1-3 Lorsque vous êtes assis, pouvez-vous tourner votre tête vers la personne qui est assise à côté de vous, en arrière et parler à cette personne en regardant son visage ?

1. Impossible
2. Possible dans une certaine mesure
3. Possible sans difficulté

Q1-4 Pouvez-vous regarder vos pieds quand vous descendez les escaliers ?

1. Impossible
2. Possible dans une certaine mesure
3. Possible sans difficulté

Q2-1 Pouvez-vous attacher les boutons de votre chemisier ou chemise avec vos deux mains ?

1. Impossible
2. Possible si je prends mon temps
3. Possible sans difficulté

Q2-2 Pouvez-vous manger votre repas avec votre main dominante en utilisant une cuillère ou une fourchette ?

1. Impossible
2. Possible si je prends mon temps
3. Possible sans difficulté

Q2-3 Pouvez-vous lever votre bras ? (Répondez pour le côté le plus faible.)

1. Impossible
2. Possible jusqu'à la hauteur de l'épaule
3. Possible si le coude et/ou le poignet sont un peu fléchis
4. Je peux le lever directement

Q3-1 Pouvez-vous marcher sur une surface plane ?

1. Impossible
2. Possible mais lentement même avec une aide
3. Possible seulement avec l'aide d'une barre, une canne ou un déambulateur
4. Possible mais lentement sans aucune aide
5. Possible sans difficulté

Q3-2 Pouvez-vous tenir debout sur une jambe sans vous aider des mains ? (Le besoin de vous tenir)

1. Impossible sur aucune jambe
2. Possible sur une jambe, peu importe laquelle, pendant plus de 10 secondes
3. Possible pour chaque jambe pendant plus de 10 secondes

Q3-3 Avez-vous des difficultés à monter les escaliers ?

1. J'ai de grandes difficultés
2. J'ai quelques difficultés
3. Je n'ai pas de difficulté

Q3-4 Avez-vous des difficultés avec un de ces différents mouvements : vous pencher en avant, vous agenouiller ou vous enrouler comme pour toucher vos pieds ?

1. J'ai de grandes difficultés
2. J'ai quelques difficultés
3. Je n'ai pas de difficulté

Q3-5 Avez-vous des difficultés à marcher plus de 15 minutes ?

1. J'ai de grandes difficultés
2. J'ai quelques difficultés
3. Je n'ai pas de difficulté

Q4-1 Avez-vous de l'incontinence urinaire ?

1. Toujours
2. Fréquemment
3. Quand je me retiens plus de 2 heures
4. Quand j'éternue ou je fais un effort
5. Non

Q4-2 À quelle fréquence allez-vous aux toilettes la nuit ?

1. Trois fois ou plus
2. Une ou deux fois
3. Rarement

Q4-3 Avez-vous la sensation qu'il reste de l'urine dans votre vessie après l'avoir vidée ?

1. La plupart du temps
2. Quelques fois
3. Rarement

Q4-4 Pouvez-vous initier (démarrer) votre jet d'urine immédiatement quand vous voulez vider votre vessie ?

1. D'habitude non
2. Quelques fois
3. La plupart du temps

Q5-1 Comment décririez-vous votre état de santé actuel ?

1. Faible
2. Moyen
3. Bon
4. Très bon
5. Excellent

Q5-2 Avez-vous été incapable de faire votre travail ou vos activités ordinaires aussi bien que vous l'auriez voulu ?

1. Je n'ai pas pu les faire du tout.
2. Je n'ai pas pu les faire la plupart du temps.
3. Je n'ai pas pu les faire quelques fois.
4. J'ai pu les faire la plupart du temps.
5. J'ai toujours pu les faire.

Q5-3 Est-ce que votre travail habituel a été gêné à cause de votre douleur ?

1. Beaucoup
2. Modérément
3. Légèrement (quelque peu)
4. Un peu (le minimum)
5. Pas du tout

Q5-4 Vous êtes-vous senti découragé et déprimé ?

1. Toujours
2. Fréquemment
3. Quelques fois
4. Rarement
5. Jamais

Q5-6 Vous êtes-vous senti heureux ?

1. Jamais
2. Rarement
3. Quelques fois
4. Quasiment toujours
5. Toujours

Q5-7 Pensez-vous être en bonne santé ?

1. Pas du tout (ma santé est très mauvaise)
2. À peine (ma santé est mauvaise)
3. Pas beaucoup (ma santé est dans la moyenne)
4. Plutôt (ma santé est meilleure qu'en moyenne)
5. Oui (je suis en bonne santé)

Q5-8 Sentez-vous que votre santé empire ?

1. Beaucoup

2. Un petit peu en ce moment
3. Quelques fois oui, d'autres non
4. Pas beaucoup
5. Pas du tout

En prenant 0 comme « pas de douleur (engourdissement) du tout » et 10 comme « la douleur (l'engourdissement) la plus intense imaginable », notez de 0 à 10 sur la ligne en dessous l'intensité de votre douleur (engourdissement) à la pire intensité que vous ayez eu au cours de la dernière semaine.

Si vous sentez de la douleur ou de la raideur dans vos cervicales ou épaules, notez l'intensité

0 10

Si vous sentez que ça serre dans votre poitrine, notez l'intensité

0 10

Si vous sentez de la douleur ou des engourdissements dans vos bras ou mains, notez l'intensité (s'il y a des douleurs dans les deux membres, notez alors le pire des deux)

0 10

Si vous sentez de la douleur ou de l'engourdissement de votre poitrine jusqu'aux orteils, notez l'intensité

0 10

0 : Pas de douleur (engourdissement) du tout

10 : Le pire état imaginable

