

**FORMULAIRE D'ADMISSION DU PATIENT**

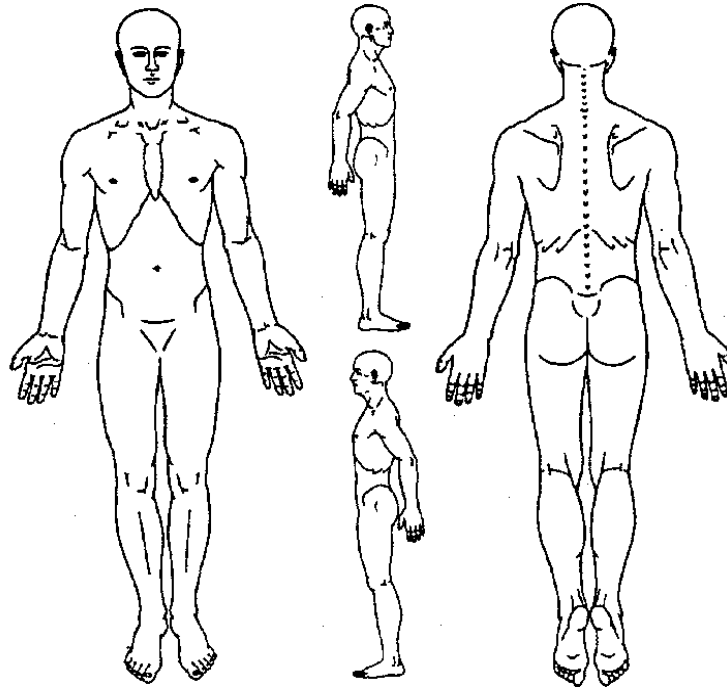
Date : aa/mm/jj

<b>Renseignements sur le patient</b>	
Nom:	N° d'Assurance-santé de l'Ontario:
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre identité, veuillez préciser ( <i>facultatif</i> ) _____	Téléphone:
Âge:	Date de naissance: aa/mm/jj
Adresse:	Ville:
Courriel:	Code postal:
<b>Antécédents de lombalgie</b>	
Où ressentez-vous la pire douleur? (cochez une seule case) <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Jambes <input type="checkbox"/> Les deux	
Vous arrive-t-il que la douleur disparaisse complètement, même brièvement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Au cours de la <u>dernière semaine</u> , à quel point ces symptômes <u>vous ont-ils gêné</u> ?	
	Pas du tout    Légèrement    Un peu    Modérément    Beaucoup    Extrêmement
Douleur au bas du dos ou aux fesses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Douleur aux jambes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Engourdissement ou picotement dans les jambes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Faiblesse dans les jambes ou les pieds	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Depuis combien de temps durent vos symptômes de lombalgie actuels?	
<input type="checkbox"/> < 6 semaines <input type="checkbox"/> 6 à 12 semaines <input type="checkbox"/> 3 à 6 mois <input type="checkbox"/> 6 à 12 mois <input type="checkbox"/> > 12 mois <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas	
L'intensité de votre douleur: <input type="checkbox"/> Diminue <input type="checkbox"/> Ne change pas <input type="checkbox"/> Augmente	
Avez-vous déjà eu des problèmes de dos avant l'apparition de vos symptômes actuels? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Qu'est-ce qui soulage vos symptômes? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)	
<input type="checkbox"/> Être assis <input type="checkbox"/> Être debout <input type="checkbox"/> Marcher <input type="checkbox"/> Être allongé <input type="checkbox"/> La chaleur/le froid <input type="checkbox"/> Se pencher vers l'avant <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Être actif <input type="checkbox"/> Étirements <input type="checkbox"/> Faire de l'exercice <input type="checkbox"/> Se pencher vers l'arrière <input type="checkbox"/> Séances de physio/chiro, etc. <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser: _____	
Qu'est-ce qui aggrave vos symptômes? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)	
<input type="checkbox"/> Être assis <input type="checkbox"/> Être debout <input type="checkbox"/> Marcher <input type="checkbox"/> Être allongé <input type="checkbox"/> Se pencher vers l'avant <input type="checkbox"/> Se pencher sur le côté <input type="checkbox"/> Soulever des objets <input type="checkbox"/> Être inactif <input type="checkbox"/> Tousser <input type="checkbox"/> Éternuer <input type="checkbox"/> Se pencher vers l'arrière <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser: _____	
Avez-vous remarqué des changements dans les fonctions de votre côlon ou de votre vessie depuis l'apparition de vos symptômes de lombalgie?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, veuillez préciser: _____	
Vos problèmes de dos ont-ils entraîné, dans le passé ou le présent, l'une ou l'autre des conséquences suivantes? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)	
<input type="checkbox"/> Action judiciaire <input type="checkbox"/> Réclamation d'assurance <input type="checkbox"/> Indemnisation pour accident de travail <input type="checkbox"/> Aucune réclamation	

**FORMULAIRE D'ADMISSION DU PATIENT**

Date : aa/mm/jj

Diagramme de la douleur - Veuillez indiquer sur le diagramme ci-dessous l'emplacement de votre douleur ou inconfort.



Sur l'échelle ci-dessous, évaluez votre douleur au dos et aux jambes (le cas échéant) au cours de la dernière semaine. Les degrés d'intensité vont de « aucune douleur » à la « pire douleur possible ».

**Douleur au dos, au mieux:**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10   
Aucune douleur Pire douleur possible

**Douleur au dos, au pire:**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10   
Aucune douleur Pire douleur possible

**Douleur aux jambes, au mieux:**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10   
Aucune douleur Pire douleur possible

**Douleur aux jambes, au pire:**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10   
Aucune douleur Pire douleur possible

**Pendant combien de temps pouvez-vous faire les activités suivantes confortablement?**

Activité:	S'asseoir	Se tenir debout	Marcher	Dormir
Temps:	_____ min.	_____ min.	_____ min.	_____ h

**FORMULAIRE D'ADMISSION DU PATIENT**

Date : aa/mm/jj

**Quel(s) médicament(s) prenez-vous pour soulager votre douleur et à quelle fréquence?**

Nom du médicament	Dose	Combien par jour?	Depuis quand le prenez-vous?
<input type="checkbox"/> Aucun			
<input type="checkbox"/> Tylenol ou autre médicament sans ordonnance			
<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire sur ordonnance			
<input type="checkbox"/> Tylenol No. 3 ou No. 4			
<input type="checkbox"/> Percocet			
<input type="checkbox"/> OxyContin ou morphine			
<input type="checkbox"/> Hydromorphone/Dilaudid			
<input type="checkbox"/> Autre : _____			

**Avez-vous déjà été opéré pour votre problème de dos?**  Non  Oui, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà subi un de ces examens pour votre problème de dos?**  Non  Oui, voir ci-dessous.

Date de l'examen:	<input type="checkbox"/> Rayons X	<input type="checkbox"/> CT-Scan	<input type="checkbox"/> IRM	<input type="checkbox"/> Scintigraphie osseuse	<input type="checkbox"/> EMG

**Avez-vous essayé des traitements pour soulager votre douleur? Cochez tout ce qui s'applique.**

Traitement	Efficace	Sans effet
<input type="checkbox"/> Chiropraxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Massothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Acupuncture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**À quelle fréquence faites-vous de l'exercice? (c.-à-d. 20 minutes ou plus d'activité continue)**

Jamais, à cause de mes douleurs lombaires  Jamais  Une fois par semaine ou moins  Deux fois par semaine ou plus

**Situation d'emploi:**

Travail  Fonctions modifiées  Études  Autre: \_\_\_\_\_  
 Sans emploi  Bénéficiaire de prestations d'invalidité

**Si vous travaillez, quel est votre emploi?** \_\_\_\_\_

**Quelles activités ou positions font partie de votre réalité au travail? Cochez tout ce qui s'applique.**

Être assis  Être debout  Marcher  Soulever des objets  Transporter des objets  Se pencher  
 Effectuer des torsions  Conduire  Autre, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

**J'ai de l'aide pour effectuer mes tâches à la maison, au travail ou dans la communauté. Cochez une seule case.**

Fortement d'accord  D'accord  Neutre  En désaccord  Fortement en désaccord

**FORMULAIRE D'ADMISSION DU PATIENT**

Date : aa/mm/jj

**Antécédents médicaux. Veuillez indiquer si vous êtes actuellement suivi(e) pour l'un des troubles suivants:**

Troubles (cochez tout ce qui s'applique)	Est-ce limitant pour vous?	Troubles (cochez tout ce qui s'applique)	Est-ce limitant pour vous?
<input type="checkbox"/> Taux de cholestérol élevé	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> L'hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Maladie du rein	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Maladie du foie	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Infarctus/Maladie coronarienne	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Ulcère/maladie de l'estomac	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Maladie de la thyroïde	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire (asthme, BPCO...)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Anémie ou autre maladie du sang	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Douleur chronique au cou	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Démence	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Migraines	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Arthrose/Ostéo-arthrite dégénérative	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Douleur pelvienne chronique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Autre trouble médical (veuillez préciser): \_\_\_\_\_  Non  Oui

**Quels médicaments vous sont *actuellement* prescrits?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Quelles opérations avez-vous subies?** \_\_\_\_\_

**Êtes-vous allergique à certains médicaments?**  Non  Oui, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

**Fumez-vous?**  Non  Oui. En quelle quantité? \_\_\_\_\_  J'ai arrêté. Quand? \_\_\_\_\_

**Quels résultats souhaitez-vous obtenir de votre rendez-vous d'aujourd'hui? Cochez une réponse par ligne.**

	Pas du tout probable	Légèrement probable	Quelque peu probable	Très probable	Extrêmement probable	Ne s'applique pas
Soulager mes symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouvoir faire plus de travaux ménagers intérieurs/extérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mieux dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retourner au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire de l'exercice et des activités récréatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévenir les handicaps futurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FORMULAIRE D'ADMISSION DU PATIENT**

Date : aa/mm/jj

**Questionnaire Oswestry**

**DIRECTIVES:** Répondez à chaque question en cochant la case appropriée. Pour changer une réponse, rayez complètement l'énoncé sélectionné et cochez la case en regard de votre nouvelle réponse. En cas d'hésitation, cochez la réponse qui vous semble la plus exacte. Cochez une seule réponse pour chaque question, à moins d'avis contraire.

<p><b>1. INTENSITÉ DE LA DOULEUR:</b></p> <p><input type="checkbox"/> En ce moment, je ne ressens aucune douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> En ce moment, la douleur est très légère.</p> <p><input type="checkbox"/> En ce moment, la douleur est modérée.</p> <p><input type="checkbox"/> En ce moment, la douleur est assez forte.</p> <p><input type="checkbox"/> En ce moment, la douleur est très forte.</p> <p><input type="checkbox"/> En ce moment, je ressens la pire douleur imaginable.</p>	<p><b>6. POSITION DEBOUT:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Je peux rester debout aussi longtemps que je le veux sans que la douleur augmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux rester debout aussi longtemps que je le veux, mais cela augmente la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester debout plus d'une heure.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester debout plus d'une demi-heure.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester debout plus de dix minutes.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche complètement de me tenir debout.</p>
<p><b>2. SOINS PERSONNELS (SE LAVER, S'HABILLER, ETC.):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Je peux faire mes soins personnels sans que la douleur augmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux faire mes soins personnels, mais cela augmente la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> C'est douloureux de faire mes soins personnels et je les fais lentement et avec précaution.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai besoin d'un peu d'aide, mais je peux faire la plupart de mes soins personnels.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai besoin d'aide tous les jours pour la plupart de mes soins personnels.</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne peux plus m'habiller, je me lave avec difficulté et je reste au lit.</p>	<p><b>7. SOMMEIL:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mon sommeil n'est jamais perturbé par la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Mon sommeil est parfois perturbé par la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> À cause de la douleur, je dors moins de six heures.</p> <p><input type="checkbox"/> À cause de la douleur, je dors moins de quatre heures.</p> <p><input type="checkbox"/> À cause de la douleur, je dors moins de deux heures.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche complètement de dormir.</p>
<p><b>3. SOULEVER DES OBJETS:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Je peux soulever des objets lourds sans que la douleur augmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux soulever des objets lourds mais cela augmente la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de soulever des objets lourds à partir du sol, mais je peux les soulever s'ils sont bien placés, par exemple sur une table.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de soulever des objets lourds, mais je peux soulever des objets légers ou moyens s'ils sont bien placés.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux seulement soulever des objets très légers.</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne peux rien soulever ni transporter.</p>	<p><b>8. VIE SEXUELLE (si présente):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est normale et n'entraîne pas d'augmentation de la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est normale, mais elle cause une certaine augmentation de la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est presque normale, mais très douloureuse.</p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est très limitée par la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est presque inexistante à cause de la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche toute vie sexuelle.</p>
<p><b>4. MARCHÉ:</b></p> <p><input type="checkbox"/> La douleur ne m'empêche pas de marcher, quelle que soit la distance.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher plus de 1 km.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher plus de 250 m.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher plus de 100 m.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux marcher seulement à l'aide d'une canne ou de béquilles.</p> <p><input type="checkbox"/> Je reste au lit la plupart du temps et je dois me traîner jusqu'aux toilettes.</p>	<p><b>9. VIE SOCIALE:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sociale est normale et n'entraîne pas d'augmentation de la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sociale est normale, mais elle augmente l'intensité de la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur n'a pas d'effet important sur ma vie sociale, à part de limiter mes activités les plus vigoureuses (sport, danse, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur limite ma vie sociale et je ne sors plus autant qu'avant.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur limite ma vie sociale à mon domicile.</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'ai pas de vie sociale à cause de la douleur.</p>
<p><b>5. POSITION ASSISE:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Je peux m'asseoir sur n'importe quel siège aussi longtemps que je le veux.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux m'asseoir sur mon siège favori aussi longtemps que je le veux.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de m'asseoir plus d'une heure.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de m'asseoir plus d'une demi-heure.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de m'asseoir plus de dix minutes.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche complètement de m'asseoir.</p>	<p><b>10. DÉPLACEMENTS:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Je peux me rendre n'importe où sans douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux me rendre n'importe où, mais cela augmente la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur est forte, mais je peux faire un trajet de plus de deux heures.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur me limite à des déplacements de moins d'une heure.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur me limite à de courts déplacements nécessaires de moins de 30 minutes.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me déplacer, sauf pour recevoir un traitement.</p>

## Questionnaire EQ-5D

Dans chaque section, veuillez cocher **UNE** case, celle qui décrit le mieux votre santé **AUJOURD'HUI**:

### MOBILITÉ:

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied
- Je suis incapable de me déplacer à pied

### DOULEURS/INCONFORT:

- Je n'ai ni douleur ni inconfort
- J'ai des douleurs ou un inconfort léger(ères)
- J'ai des douleurs ou un inconfort modéré(es)
- J'ai des douleurs ou un inconfort sévère(s)
- J'ai des douleurs ou un inconfort extrême(s)

### AUTONOMIE DE LA PERSONNE:

- Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

### ANXIÉTÉ/DÉPRESSION:

- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)
- Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

### ACTIVITÉS COURANTES (exemples: travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs):

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

FORMULAIRE D'ADMISSION DU PATIENT

Date : aa/mm/jj

**Questionnaire STarT Back**

Cochez la case en fonction de votre accord ou désaccord avec les affirmations suivantes en vous référant à ces **2 dernières semaines**:

	Pas d'accord 0	D'accord 1		
1. À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, mon mal de dos <b>s'est propagé dans ma/mes jambe(s)</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, j'ai eu mal à l' <b>épaule</b> ou au <b>cou</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Je n'ai <b>parcouru à pied que de courtes distances</b> à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Au cours des 2 dernières semaines, <b>je me suis habillé(e) plus lentement</b> que d'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Il n'est pas vraiment prudent pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Je considère que <b>mon mal de dos est épouvantable</b> et j'ai l'impression que <b>cela ne s'améliorera jamais</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. De manière générale, je <b>n'ai pas apprécié</b> toutes les choses que j'appréciais avant à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il <b>gêné(e)</b> au cours des <b>2 dernières semaines</b> ?				
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	0	0	1	1

Score total (les 9 énoncés): \_\_\_\_\_ Sous-score (énoncés 5-9): \_\_\_\_\_