

# QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE SANTÉ

Nom \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## DIRECTIVES

Ce questionnaire vous demande d'évaluer comment vous vous êtes senti(e) au **cours des quatre derniers mois**. Ces renseignements vous aideront à surveiller comment votre état physique, mental et émotionnel réagit aux changements que vous apportez à vos habitudes alimentaires, priorités, programme de supplément, vie sociale et familiale, niveau d'activité physique et temps consacré à votre croissance personnelle. Tous ces renseignements sont strictement confidentiels. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour répondre à ce questionnaire.

**À chaque question, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à vos symptômes :**

**0 = Non ou rarement** — Vous n'avez jamais éprouvé le symptôme ou il vous est familier mais vous le percevez comme insignifiant (ne survient pas plus d'une fois par mois)

**1 = Occasionnellement** — Le symptôme apparaît ou disparaît, selon vous, en fonction du stress, de l'alimentation, de la fatigue ou de certains facteurs identifiables

**4 = Souvent** — Le symptôme se manifeste 2 à 3 fois par semaine et/ou à une fréquence qui vous dérange assez pour que vous souhaitiez y faire quelque chose

**8 = Fréquemment** — Le symptôme se manifeste 4 fois ou plus par semaine et/ou vous en êtes conscient chaque jour ou il se présente régulièrement à un rythme mensuel ou cyclique

**Vous devez répondre à certaines questions par OUI ou NON : 0 = NON 8 = OUI**

## PARTIE I

### SECTION A

	Non ou rarement	Occasionnellement	Souvent	Fréquemment
1. Indigestion, régurgitation après avoir mangé	0	1	4	8
2. Rots ou éructations excessifs et/ou ballonnements après les repas	0	1	4	8
3. Spasmes d'estomac et crampes durant ou après	0	1	4	8
4. Sensation que les aliments reposent passivement dans votre estomac, créant une lourdeur désagréable, une pression et des ballonnements pendant ou après un repas	0	1	4	8
5. Mauvais goût dans la bouche	0	1	4	8
6. De petites quantités d'aliments vous donnent aussitôt l'impression d'être repu	0	1	4	8
7. Vous sautez des repas ou mangez de façon irrégulière par manque d'appétit	0	1	4	8

**Points totaux** \_\_\_\_\_

### SECTION B

1. Des émotions fortes, la pensée ou l'odeur des aliments aggravent l'état de votre estomac ou lui font mal	0	1	4	8
2. Vous avez faim une heure ou deux après avoir mangé un repas consistant	0	1	4	8
3. Maux, brûlures ou douleurs persistantes à l'estomac pendant 1 à 4 heures après avoir mangé	0	1	4	8
4. Soulagement des maux, brûlures ou douleurs persistantes à l'estomac parce que vous mangez, buvez des boissons gazeuses, de la crème ou du lait, ou prenez des antiacides	0	1	4	8
5. Sensation de brûlure dans le bas du thorax, particulièrement lorsque vous vous allongez ou vous penchez vers l'avant	0	1	4	8
6. Problèmes digestifs qui s'apaisent avec le repos et la relaxation	(0)Non		(8)Oui	
7. L'ingestion d'aliments épicés et gras (frits), de chocolat, de café, d'alcool, de citron ou de piments forts vous donne des brûlures ou des crampes d'estomac	0	1	4	8
8. Vous donne la nausée quand vous mangez	0	1	4	8
9. Difficulté ou douleur à avaler un aliment ou une boisson	0	1	4	8

**Points totaux** \_\_\_\_\_

### SECTION C

1. Lorsque vous vous massez du côté gauche sous votre cage thoracique, la région est douloureuse, sensible ou endolorie	0	1	4	8
2. L'indigestion, ou la sensation de lourdeur ou de tension dans l'abdomen est retardée de 2 à 4 heures après un repas	0	1	4	8
3. Le malaise dans le bas de l'abdomen est apaisé par l'expulsion de gaz ou l'évacuation des selles	0	1	4	8
4. Des aliments ou boissons particuliers aggravent votre indigestion	0	1	4	8
5. La consistance ou la forme de vos selles change (par ex., de serrées à plus lâches) au cours de la journée	0	1	4	8

### SECTION C (suite)

	Non ou rarement	Occasionnellement	Souvent	Fréquemment
6. Odeur des selles gênante	0	1	4	8
7. Aliments non digérés dans les selles	0	1	4	8
8. Trois selles importantes ou plus par jour	0	1	4	8
9. Diarrhée (selles fréquentes, lâches ou aqueuses)	0	1	4	8
10. Besoin d'aller à la selle peu après avoir mangé (moins d'une heure)	0	1	4	8

**Points totaux** \_\_\_\_\_

### SECTION D

1. Gêne, douleur ou crampes au côlon (région du bas de l'abdomen)	0	1	4	8
2. Le stress émotionnel et/ou l'ingestion de fruits et de légumes crus provoque des ballonnements, maux, crampes ou gaz abdominaux	0	1	4	8
3. Habituellement constipé(e) (ou selles difficiles)	0	1	4	8
4. Selles petites, dures et sèches	0	1	4	8
5. Présence de mucus dans les selles	0	1	4	8
6. Alternance de constipation et de diarrhée	0	1	4	8
7. Douleur rectale, démangeaison ou crampes	0	1	4	8
8. Peu pressé d'aller à la selle	(0)Non		(8)Oui	
9. Besoin presque continu d'aller à la selle	(0)Non		(8)Oui	

**Points totaux** \_\_\_\_\_

## PARTIE II

1. Lorsque vous vous massez du côté droit sous votre cage thoracique, la région est douloureuse, sensible ou endolorie	0	1	4	8
2. La douleur abdominale empire lorsque vous respirez profondément	0	1	4	8
3. Douleur la nuit pouvant se déplacer vers votre dos ou votre épaule droite	0	1	4	8
4. Renvois liquides amers après avoir mangé	0	1	4	8
5. Malaises abdominaux ou nausée lorsque vous mangez des aliments riches, gras ou frits	0	1	4	8
6. Battement aux tempes et/ou douleur sourde au front associé avec un abus de table	0	1	4	8
7. Démangeaisons inexplicables de la peau et empirant durant la nuit	0	1	4	8
8. Couleur des selles alternant entre l'argile et le brun normal	0	1	4	8
9. Sensation générale de mauvaise santé	0	1	4	8

## PARTIE II

	Non ou rarement	Occasionnellement	Souvent	Fréquemment
10. Muscles endoloris sans rapport avec l'exercice	0	1	4	8
11. Rétention de fluides et sensation de gonflement autour de la région abdominale	0	1	4	8
12. Rougeur de la peau, particulièrement des paumes des mains	0	1	4	8
13. Odeur corporelle très forte	0	1	4	8
14. Votre haleine vous gêne-t-elle?	0	1	4	8
15. Susceptible aux contusions	(0)Non		(8)Oui	
16. Yeux jaunâtres	(0)Non		(8)Oui	

Points totaux

## PARTIE III

## SECTION A

1. Vos mains, vos pieds ou votre corps entier sont froids ou glacés sans raison apparente	0	1	4	8
2. Vos paupières supérieures sont enflées	0	1	4	8
3. Faiblesses, crampes ou tremblements des muscles	0	1	4	8
4. Avez-vous tendance à être distrait ou à oublier?	0	1	4	8
5. Votre cœur semble-t-il battre lentement?	0	1	4	8
6. Votre temps de réaction semble ralenti	0	1	4	8
7. En règle générale, êtes-vous peu intéressé(e) par la sexualité parce que vous éprouvez peu de désir?	0	1	4	8
8. Vous vous sentez lent, léthargique	0	1	4	8
9. Constipation	0	1	4	8
10. Sécheresse, décoloration de la peau et/ou des cheveux	(0)Non		(8)Oui	
11. Avez-vous remarqué récemment que votre voix est plus profonde?	(0)Non		(8)Oui	
12. Ongles épais et cassants	(0)Non		(8)Oui	
13. Gain de poids sans raison apparente	(0)Non		(8)Oui	
14. Le tiers extérieur de vos sourcils s'éclaircit ou disparaît	(0)Non		(8)Oui	
15. Enflure du cou	(0)Non		(8)Oui	

Points totaux

## SECTION B

1. Légère fatigue persistant après un exercice ou un stress	0	1	4	8
2. Trouvez-vous que vous êtes facilement fatigué et épuisé?	0	1	4	8
3. Vous avez besoin d'aliments salés	0	1	4	8
4. Vous êtes sensible à de menus changements de la météo et de l'environnement	0	1	4	8
5. Vous vous sentez étourdi(e) au lever ou lorsque vous vous relevez après avoir été à genou	0	1	4	8
6. Cernes bleuâtres ou noirs sous les yeux	0	1	4	8
7. Vous avez des périodes de nausée avec ou sans vomissement	0	1	4	8
8. Vous attrapez facilement un rhume ou une infection	(0)Non		(8)Oui	
9. Vos plaies guérissent lentement	(0)Non		(8)Oui	
10. Votre corps ou certaines parties sont sensibles, endolories, sensibles au toucher, chaudes et/ou douloureuses	0	1	4	8
11. Vous sentez votre corps enflé et tuméfié partout	0	1	4	8
12. Votre peau fonce graduellement sans vous être exposé au soleil ni avoir ingéré de grandes quantités d'aliments riches en carotène (par ex., prise quotidienne de jus de carottes) ou des suppléments	(0)Non		(8)Oui	

Points totaux

## PARTIE IV

	Non ou rarement	Occasionnellement	Souvent	Fréquemment
--	-----------------	-------------------	---------	-------------

## SECTION A

Quand vous manquez un repas ou que vous passez de longues périodes de temps sans manger, éprouvez-vous l'un ou l'autre des symptômes suivants?

1. Vous vous sentez faible	0	1	4	8
2. Vous éprouvez une soudaine sensation d'anxiété quand vous avez faim	0	1	4	8
3. Vous avez des picotements dans les mains	0	1	4	8
4. Vous avez la sensation que votre cœur bat trop rapidement et trop fort	0	1	4	8
5. Vos mains tremblent				
6. Vous avez des sueurs soudaines et abondantes et/ou les mains moites	0	1	4	8
7. Vous faites des cauchemars qui sont peut-être liés au fait que vous allez au lit l'estomac vide	0	1	4	8
8. Vous vous réveillez en pleine nuit agité(e)	0	1	4	8
9. Vous êtes agité(e), nerveux(se), ou facilement contrarié(e)	0	1	4	8
10. Vous avez des blancs de mémoire, vous êtes distrait(e)	0	1	4	8
11. Vous êtes confus(e) ou désorienté(e)	0	1	4	8
12. Vous éprouvez des étourdissements, pertes de conscience	0	1	4	8
13. Vous vous sentez engourdi(e) ou vous avez froid	0	1	4	8
14. Vous avez de légers maux de tête ou éprouvez des battements dans la tête	0	1	4	8
15. Votre vision se trouble ou vous voyez double	0	1	4	8
16. Vous vous sentez maladroit(e) et sans coordination	0	1	4	8

Points totaux

## SECTION B

1. Vous avez besoin d'uriner souvent durant le jour et la nuit	0	1	4	8
2. Vous éprouvez une soif inextinguible — comme si vous ne pouviez pas boire assez d'eau	0	1	4	8
3. Vous éprouvez une faim insatiable — vous mangez tout le temps	0	1	4	8
4. Votre vision est trouble	0	1	4	8
5. Vous éprouvez des démangeaisons partout	0	1	4	8
6. Vous éprouvez des picotements ou engourdissements dans les pieds	0	1	4	8
7. Vous éprouvez de la somnolence, de la léthargie durant le jour sans rapport avec le fait de sauter un repas ou de manquer de sommeil	0	1	4	8
8. Le fait de manger des féculents, même s'ils sont sains et non transformés (par ex., riz, maïs, haricots, blé entier ou avoine), vous fait gagner du poids ou vous empêche d'en perdre	(0)Non		(8)Oui	
9. Vos plaies guérissent lentement	(0)Non		(8)Oui	
10. Vous perdez le poil de vos jambes	(0)Non		(8)Oui	

Points totaux

## PARTIE V

## SECTION A

1. Vous vous sentez agité(e)	0	1	4	8
2. Le premier effort de la journée provoque une douleur, une pression, une raideur ou une lourdeur au thorax	0	1	4	8
3. Vous êtes exténué après le moindre exercice	0	1	4	8
4. Vous transpirez abondamment (sans avoir fait un effort et excluant les bouffées de chaleur)	0	1	4	8
5. Vous avez de la difficulté à reprendre votre souffle, particulièrement durant un exercice	0	1	4	8
6. Vous éprouvez un martèlement au cœur, la sensation qu'il bat trop rapidement ou trop lentement ou de façon irrégulière	0	1	4	8
7. Vous avez les pieds, les chevilles et/ou les jambes qui enflent puis désenflent sans raison apparente	0	1	4	8

Points totaux

**PARTIE V (suite)**
**SECTION B**

	Non ou rarement	Occasionnellement	Souvent	Fréquemment
1. Vos muscles sont douloureux au repos	0	1	4	8
2. Vous éprouvez des douleurs telles que des crampes aux chevilles, aux mollets ou aux jambes	0	1	4	8
3. Vous avez une sensation d'engourdissement, de picotement ou de piqûre dans les mains et les pieds	0	1	4	8
4. Vous avez les pieds froids et/ou les orteils bleus	0	1	4	8
5. Vous perdez brièvement l'ouïe par moment	0	1	4	8
6. Vous éprouvez des nausées qui viennent et s'en vont rapidement (sans lien à l'alimentation)	0	1	4	8
7. Vous vous sentez mal debout : vos jambes deviennent lourdes et fatiguées	0	1	4	8
8. Votre malaise ou fatigue aux jambes s'apaise lorsque vous élevez les jambes	0	1	4	8
9. Quand il fait froid, vous avez les doigts et les orteils engourdis même s'ils sont protégés	0	1	4	8
10. Vous avez noté des changements dans votre capacité de sentir la douleur ou de distinguer entre la sensation de chaud ou de froid	(0)Non	(8)Oui		
11. Votre pilosité (des bras, des mains, des doigts, des jambes et des orteils) s'éclaircit ou disparaît	(0)Non	(8)Oui		
12. Avez-vous remarqué une diminution dans votre capacité de prendre des décisions, de vous concentrer, de focaliser votre attention ou de suivre des instructions?	(0)Non	(8)Oui		

**Points totaux**
**PARTIE VI**
**SECTION A**

1. Les membres de votre famille, ami(e)s, travail, passe-temps ou activités qui vous sont chers ne vous intéressent plus	0	1	4	8
2. Vous arrive-t-il de pleurer?	0	1	4	8
3. La vie vous paraît-elle désespérée?	0	1	4	8
4. Êtes-vous cafardeux(se), triste, malheureux(se) ou déprimé(e)?	0	1	4	8
5. Trouvez-vous qu'il est dur de tirer le meilleur des situations difficiles?	0	1	4	8
6. Problèmes de sommeil — vous dormez trop ou pas assez	0	1	4	8
7. Votre appétit et votre poids changent	(0)Non	(8)Oui		
8. Vous avez remarqué dernièrement avoir de la difficulté à réfléchir clairement ou à vous concentrer	(0)Non	(8)Oui		
9. Vous avez de la difficulté à prendre des décisions et/ou à préciser et à atteindre vos objectifs	(0)Non	(8)Oui		

**Points totaux**
**SECTION B**

1. Est-ce que vos soucis vous dépriment?	0	1	4	8
2. Est-ce que chaque petit rien vous tape sur les nerfs et vous épuise?	0	1	4	8
3. Vous considéreriez-vous comme une personne nerveuse?	0	1	4	8
4. Vous sentez-vous facilement agitée?	0	1	4	8
5. Tremblez-vous?	0	1	4	8
6. Êtes-vous tendu(e) et agité(e)?	0	1	4	8
7. Tremblez-vous ou vous sentez-vous sans défense lorsque quelqu'un vous crie après?	0	1	4	8
8. Êtes-vous effrayé(e) par des mouvements ou bruits soudains pendant la nuit?	0	1	4	8
9. Vous arrive-t-il souvent de soupirer?	0	1	4	8
10. Vous arrive-t-il d'être réveillé(e) par de mauvais rêves?	0	1	4	8
11. Des pensées effrayantes vous reviennent-elles sans cesse en tête?	0	1	4	8

**SECTION B (suite)**

12. Vous arrive-t-il d'être soudainement effrayé(e) sans raison?	0	1	4	8
13. Vous arrive-t-il d'avoir des sueurs froides?	0	1	4	8
14. Avez-vous parfois des « papillons dans l'estomac », des nausées et/ou des diarrhées	0	1	4	8

**Points totaux**
**SECTION C**

1. Vous sentez-vous refoulé(e) et prêt(e) à exploser?	0	1	4	8
2. Êtes-vous enclin(e) à des emportements émotifs et bruyants?	0	1	4	8
3. Agissez-vous par impulsion?	0	1	4	8
4. Êtes-vous facilement contrarié ou irrité?	0	1	4	8
5. Vous arrive-t-il de « péter un câble » si vous ne vous contrôlez pas?	0	1	4	8
6. Est-ce que les petites irritations vous énervent et vous mettent en colère?	0	1	4	8
7. Est-ce que cela vous exaspère quand quelqu'un vous dit quoi faire?	0	1	4	8
8. Vous mettez-vous en colère quand vous ne pouvez pas avoir tout de suite ce que vous voulez?	0	1	4	8

**Points totaux**
**PARTIE VII**

1. Avez-vous les yeux mouillés ou les larmes aux yeux	0	1	4	8
2. Y a-t-il des épanchements de mucus de vos yeux?	0	1	4	8
3. Avez-vous des douleurs, démangeaisons ou congestions aux oreilles?	0	1	4	8
4. Avez-vous des épanchements dans les oreilles?	0	1	4	8
5. Avez-vous le nez toujours congestionné?	0	1	4	8
6. Avez-vous tendance à ronfler bruyamment?	(0)Non	(8)Oui		
7. Votre nez coule-t-il?	0	1	4	8
8. Avez-vous des saignements de nez?	(0)Non	(8)Oui		
9. Avez-vous la voix enrouée?	0	1	4	8
10. Devez-vous vous racler la gorge?	0	1	4	8
11. Avez-vous la gorge serrée?	0	1	4	8
12. Souffrez-vous de rhumes sévères?	(0)Non	(8)Oui		
13. Endurez-vous des rhumes fréquents et débilitants au cours de l'hiver?	(0)Non	(8)Oui		
14. Les symptômes de la grippe durent plus de 5 jours	(0)Non	(8)Oui		
15. Est-ce que les infections se propagent à vos poumons?	(0)Non	(8)Oui		
16. Avez-vous des malaises ou douleurs au thorax	0	1	4	8
17. Éprouvez-vous parfois une soudaine difficulté à respirer?	0	1	4	8
18. Avez-vous parfois le souffle court?	0	1	4	8
19. Avez-vous des difficultés à expirer?	0	1	4	8
20. Vous arrive-t-il d'être essouffé puis de tousser pendant un effort, même légèrement	0	1	4	8
21. Vous ne parvenez pas à respirer confortablement quand vous êtes couché	0	1	4	8
22. Expulsez-vous beaucoup de mucus quand vous tousssez?	0	1	4	8
23. Entendez-vous un sifflement bruyant quand vous inspirez ou expirez?	0	1	4	8
24. Souffrez-vous de quintes de toux?	0	1	4	8
25. Respirez-vous bruyamment?	0	1	4	8
26. Vous arrive-t-il d'être trempé(e) de transpiration durant la nuit?	0	1	4	8
27. Vos lèvres et/ou vos ongles ont-ils une teinte bleuâtre?	0	1	4	8
28. Êtes-vous somnolent pendant la journée?	0	1	4	8

## PARTIE VII(suite)

	Non ou rarement	Occasionnellement	Souvent	Fréquemment
29. Avez-vous de la difficulté à vous concentrer?	0	1	4	8
30. Avez-vous des symptômes aux yeux, aux oreilles, au nez, à la gorge ou aux poumons qui semblent associés à des aliments particuliers comme les produits laitiers ou à base de blé?	(0)Non			(8)Oui
31. Avez-vous des symptômes aux yeux, aux oreilles, au nez, à la gorge ou aux poumons associés aux changements de saison?	(0)Non			(8)Oui
<b>Points totaux</b>				

## PARTIE VIII

1. Vous avez des pertes involontaires d'urine en toussant, en soulevant quelque chose ou en forçant durant une activité	0	1	4	8
2. Vous éprouvez des douleurs ou des maux légers au bas du dos	0	1	4	8
3. Vous éprouvez des douleurs abdominales	0	1	4	8
4. Vous éprouvez une douleur ou une brûlure en urinant	0	1	4	8
5. Vous éprouvez rarement un besoin urgent d'uriner	0	1	4	8
6. Vous éprouvez le besoin d'uriner à une fréquence inférieure à deux heures durant le jour ou la nuit	0	1	4	8
7. Votre urine a une forte odeur	0	1	4	8
8. Vos douleurs au dos ou aux jambes sont associées à des écoulements goutte à goutte après avoir uriné	0	1	4	8
9. Vos parties génitales sont douloureuses	0	1	4	8
10. Votre urine a une couleur rose	0	1	4	8
11. Votre besoin urgent d'évacuer entraîne des pertes involontaires d'urine	0	1	4	8
12. Vous sentez que tout votre corps fait de la rétention d'eau	0	1	4	8
<b>Points totaux</b>				

## PARTIE IX

### SECTION A

1. Tous les os de votre corps vous font mal, sont endoloris ou sensibles	0	1	4	8
2. Vous avez une douleur osseuse localisée	0	1	4	8
3. Vous avez des spasmes, des engourdissements ou un serrement dans les mains, les pieds ou la gorge	0	1	4	8
4. Vous avez de la difficulté à vous asseoir droit(e)	0	1	4	8
5. Vous avez mal dans le haut du dos	0	1	4	8
6. Vous avez mal dans le bas du dos	0	1	4	8
7. Vous avez mal en vous assoyant ou en marchant	0	1	4	8
8. Vous avez tendance à boiter ou à préférer une jambe	0	1	4	8
9. Vos tibias vous font mal pendant ou après un exercice	0	1	4	8
<b>Points totaux</b>				

### SECTION B

1. Avez-vous des raideurs le matin quand vous vous réveillez?	0	1	4	8
2. Avez-vous de la difficulté à vous pencher pour ramasser vos vêtements ou un objet sur le plancher?	0	1	4	8
3. Avez-vous des enflures, douleurs ou raideurs aux articulations à un ou à plusieurs endroits (doigts, mains, poignets, coudes, épaules, orteils, pieds, plantes des pieds, chevilles ou genoux)	0	1	4	8
4. Vos articulations vous font mal lorsque vous déplacez ou transportez un objet pesant	0	1	4	8
5. Un programme d'exercice quotidien, comme une marche quotidienne, vous donne des enflures ou des douleurs aux genoux	0	1	4	8
6. Vous avez de la difficulté à ouvrir un pot que vous ouvriez facilement auparavant	0	1	4	8
7. Vous avez mal ou une sensation d'engourdissement, de piqûre, de picotement ou de douleur au cou, à l'épaule ou au bras	0	1	4	8

## SECTION B (suite)

	Non ou rarement	Occasionnellement	Souvent	Fréquemment
8. Vous éprouvez des douleurs intermittentes d'un côté de la tête qui se répandent dans les joues, les tempes, la mâchoire inférieure, les oreilles, le cou et les épaules	0	1	4	8
9. Vous avez de la difficulté à mâcher des aliments ou à ouvrir la bouche	0	1	4	8
10. Vous avez de la difficulté à vous lever de la position assise	0	1	4	8
11. Vous avez une douleur aiguë ou lancinante ou des picotements douloureux qui descendent à l'arrière de la jambe	0	1	4	8
12. Vous avez de la difficulté à vous étirer pour attraper un objet d'environ 2 kg, comme un sac de farine, situé juste au-dessus de votre tête?	(0)Non			(8)Oui
13. Vous vous faites facilement une blessure, une foulure ou une entorse	(0)Non			(8)Oui
<b>Points totaux</b>				

## SECTION C

1. Vous avez les muscles raides, endoloris, tendus et/ou douloureux	0	1	4	8
2. Vous éprouvez une brûlure, un battement douloureux, ou une douleur aiguë ou pointue à un muscle	0	1	4	8
3. Vous avez des crampes ou des spasmes musculaires (involontaires ou après un effort/exercice)	0	1	4	8
4. Est-ce que votre douleur ou raideur musculaire est plus forte le matin qu'à d'autres moments de la journée?	0	1	4	8
5. Des points précis de votre corps sont douloureux lorsque l'on appuie dessus	0	1	4	8
6. Vous ne vous sentez pas reposé(e) au moment du réveil	0	1	4	8
7. Vous avez des maux de tête	0	1	4	8
8. Vous avez mal des deux côtés de la tête ou au visage, particulièrement lorsque vous vous éveillez	0	1	4	8
9. Votre mâchoire craque ou se déboîte	0	1	4	8
10. Vous avez des secousses ou tremblements musculaires — des paupières, du pouce ou des mollets	0	1	4	8
11. Vous avez un besoin irrésistible de bouger les jambes	0	1	4	8
12. Vos jambes bougent pendant votre sommeil	0	1	4	8
13. Vous avez la sensation désagréable que quelque chose rampe dans vos mollets lorsque vous êtes allongé	0	1	4	8
14. Vous avez un engourdissement ou une douleur aux mains ou aux poignets (par ex., qui vous empêche d'écrire, de boutonner ou de déboutonner vos vêtements)	0	1	4	8
15. Vous avez des fourmis dans le pouce et les trois premiers doigts de la main	0	1	4	8
16. Vous avez mal à l'avant-bras et parfois à l'épaule	0	1	4	8
<b>Points totaux</b>				

## PARTIE X

### SECTION A

1. Vous vous sentez la tête lourde	0	1	4	8
2. Vous éprouvez des étourdissements	0	1	4	8
3. Vous avez de la difficulté à vous pencher, à vous lever une fois assis(e), à vous retourner dans le lit et/ou à tourner la tête d'un côté à un autre	0	1	4	8
4. Vos mains tremblent, même très légèrement, sans raison apparente	0	1	4	8
5. Vous avez l'impression d'avoir des semelles de plomb quand vous marchez	0	1	4	8
6. Vous heurtez les objets, vous trébuchez ou basculez et vous vous sentez maladroit	0	1	4	8
7. Vous avez de la difficulté à respirer	0	1	4	8
8. Vous avez de la difficulté à avaler	0	1	4	8
9. Les gens vous demandent de parler plus fort parce qu'ils ont du mal à vous entendre	0	1	4	8
10. Les mots ne se forment pas automatiquement	0	1	4	8

## PARTIE X (suite)

### SECTION A (suite)

	Non ou rarement	Occasionnellement	Souvent	Fréquemment
11. Vous avez besoin de 10 à 12 heures de sommeil pour vous sentir reposé(e)	0	1	4	8
12. Vous manquez de force (votre préhension est faible, vous devez faire un effort pour soutenir la tête ou lever les bras)	0	1	4	8
13. Vous avez les mains fatiguées quand vous écrivez et votre écriture est moins lisible et plus petite qu'avant	(0)Non		(8)Oui	
14. Les muscles de vos bras et de vos jambes semblent plus mous et plus petits	(0)Non		(8)Oui	
15. Votre vue, votre odorat, votre sens du goût et votre ouïe ne sont plus aussi nets qu'avant	(0)Non		(8)Oui	
16. Avez-vous l'impression de bouger plus lentement que d'habitude?	(0)Non		(8)Oui	

Points totaux

### SECTION B

1. Vous avez de la difficulté à assimiler de nouvelles informations	0	1	4	8
2. Vous avez tendance à oublier des choses	0	1	4	8
3. Vous avez de la difficulté à penser ou à vous concentrer	0	1	4	8
4. Vous êtes facilement distrait(e)	0	1	4	8
5. Avez-vous tendance à vous énerver facilement?	0	1	4	8
6. Vous êtes incapable de rester assis immobile pour quelque temps que ce soit, même pour prendre un repas	0	1	4	8
7. Terminer une tâche est plus facile à dire qu'à faire	0	1	4	8
8. Avez-vous plus de difficultés que d'habitude à résoudre les problèmes ou à gérer votre temps?	0	1	4	8
9. Vous supportez mal le stress et les problèmes quotidiens	0	1	4	8

Points totaux

## PARTIE XI

### Hommes seulement

1. Vous avez l'impression de ne pas vous vider complètement la vessie	0	1	4	8
2. Vous avez besoin d'uriner moins de deux heures après être allé uriner	0	1	4	8
3. En urinant, vous avez besoin d'arrêter et de recommencer plusieurs fois	0	1	4	8
4. Vous avez de la difficulté à vous retenir d'uriner	0	1	4	8
5. Vous avez un faible débit urinaire	0	1	4	8
6. Vous devez pousser ou faire un effort pour commencer à uriner	0	1	4	8
7. Vous avez des pertes goutte à goutte après avoir uriné	0	1	4	8
8. Vous avez un besoin urgent d'uriner plusieurs fois durant la nuit	0	1	4	8

Points totaux

## PARTIE XII

### Femmes seulement

(Les femmes ménopausées doivent passer aux Sections E et F)

### SECTION A

Éprouvez-vous de façon persistante l'un ou l'autre de ces symptômes de 3 à 14 jours avant vos menstruations?

	Non ou rarement	Occasionnellement	Souvent	Fréquemment
[A] 1. Anxiété, irritabilité ou agitation	(0)Non		(8)Oui	
2. Engourdissement, picotement dans les mains et les pieds	(0)Non		(8)Oui	
3. Encline à la colère, contrariété	(0)Non		(8)Oui	
4. Agressivité ou hostilité envers les membres de la famille ou les ami(e)s	(0)Non		(8)Oui	

Non ou rarement  
Occasionnellement  
Souvent  
Fréquemment

### SECTION A (suite)

#### [B]

5. Ballonnements abdominaux, sensation d'enflure (par ex., aux pieds)	(0)Non		(8)Oui	
6. Gain de poids temporaire	(0)Non		(8)Oui	
7. Seins sensibles, enflés	(0)Non		(8)Oui	
8. Apparition de protubérances aux seins	(0)Non		(8)Oui	
9. Écoulements des mamelons	(0)Non		(8)Oui	
10. Nausées et/ou vomissement	(0)Non		(8)Oui	
11. Diarrhée ou constipation	(0)Non		(8)Oui	
12. Maux ou douleurs (dos, articulations, etc.)	(0)Non		(8)Oui	

#### [C]

13. Envie d'aliments sucrés	(0)Non		(8)Oui	
14. Appétit accru ou faim insatiable	(0)Non		(8)Oui	
15. Maux de tête	(0)Non		(8)Oui	
16. Vous vous sentez facilement débordée, tremblante ou maladroite	(0)Non		(8)Oui	
17. Martèlement au cœur	(0)Non		(8)Oui	
18. Étourdissements ou défaillances	(0)Non		(8)Oui	

#### [D]

19. Vous êtes confuse et distraite au point que votre travail en souffre	(0)Non		(8)Oui	
20. Vous êtes envahie par un sentiment de tristesse et d'inutilité	(0)Non		(8)Oui	
21. Vous avez de la difficulté à dormir ou à vous endormir	(0)Non		(8)Oui	
22. Vous adoptez des comportements autodestructeurs	(0)Non		(8)Oui	

Points totaux

### SECTION B

Éprouvez-vous l'un ou l'autre de ces symptômes pendant vos règles?

1. Crampes au bas de l'abdomen ou dans la région pelvienne	(0)Non		(8)Oui	
2. Douleurs aiguës et/ou sourdes ou intermittentes au bas de l'abdomen	(0)Non		(8)Oui	
3. Ballonnements et sensation de lourdeur abdominale	(0)Non		(8)Oui	
4. Diarrhée ou constipation	(0)Non		(8)Oui	
5. Nausée et/ou vomissement	(0)Non		(8)Oui	
6. Douleurs au bas du dos ou dans les jambes	(0)Non		(8)Oui	
7. Maux de tête	(0)Non		(8)Oui	
8. Fatigue inhabituelle (faites la sieste) conduisant à des absences au travail	(0)Non		(8)Oui	
9. Seins douloureux ou enflés	(0)Non		(8)Oui	
10. Écoulements sanguins insuffisants	(0)Non		(8)Oui	

Points totaux

### SECTION C

1. Relation sexuelle douloureuse ou difficile	0	1	4	8
2. Douleur au bas de l'abdomen, au dos et au vagin au cours du mois	0	1	4	8
3. Pression ou douleur pelvienne au moment de s'asseoir ou de se lever, qui s'apaise en se couchant	0	1	4	8
4. Saignements vaginaux entre les règles	0	1	4	8
5. Selles douloureuses	0	1	4	8
6. Difficulté à uriner (nécessite un effort)	0	1	4	8
7. Écoulement vaginal anormal	0	1	4	8
8. Écoulement vaginal à forte odeur	0	1	4	8
9. Démangeaison ou brûlure vaginale avec ou sans relation sexuelle	0	1	4	8
10. La douleur augmente progressivement durant les règles	(0)Non		(8)Oui	
11. Saignement menstruel abondant et prolongé	(0)Non		(8)Oui	
12. Impossibilité de tomber enceinte	(0)Non		(8)Oui	

Points totaux

**PARTIE XII (suite)**

**SECTION D**

	Non ou rarement	Occasionnellement	Souvent	Fréquemment
1. Absence de règles pendant six mois ou plus	(0)Non	(8)Oui		
2. Règles irrégulières (par ex., 3 à 6 fois par an)	(0)Non	(8)Oui		
3. Saignement abondant durant les règles	0	1	4	8
4. Sang menstruel contenant des caillots et des tissus	0	1	4	8
5. Saignement entre les règles pouvant se produire à tout moment	0	1	4	8
6. Règles survenant à des intervalles de plus de 35 jours	(0)Non	(8)Oui		
7. Douleur intense au haut de l'estomac durant plusieurs heures au moment de l'ovulation (vers le 14 <sup>e</sup> jour de votre cycle)	0	1	4	8
8. Saignement au moment de l'ovulation (vers le 14 <sup>e</sup> jour de votre cycle)	0	1	4	8
9. Douleurs abdominales chaque mois sans saignement	0	1	4	8
10. Mucus cervical abondant	0	1	4	8
11. Acné et/ou peau grasse	0	1	4	8
12. Besoin impérieux de relation sexuelle	0	1	4	8
13. Sentiments agressifs	0	1	4	8
14. Présence accrue de poils sombres au visage et sur le corps	(0)Non	(8)Oui		
15. Odorat affaibli	(0)Non	(8)Oui		
16. Voix plus profonde	(0)Non	(8)Oui		
17. Diminution du volume des seins	(0)Non	(8)Oui		
18. Calvitie frontale (front dégarni)	(0)Non	(8)Oui		

**Points totaux**

**SECTION E**

1. Écoulement vaginal	0	1	4	8
2. Sécrétions vaginales aqueuses et fluides	0	1	4	8
3. Sécheresse vaginale	0	1	4	8
4. Relation sexuelle inconfortable	0	1	4	8

**SECTION E (suite)**

	Non ou rarement	Occasionnellement	Souvent	Fréquemment
5. Peu d'intérêt pour les relations sexuelles	0	1	4	8
6. Seins engorgés	0	1	4	8
7. Seins sensibles, endoloris	0	1	4	8
8. Orgasme difficile	0	1	4	8
9. Saignement vaginal après une relation sexuelle	0	1	4	8
10. Vous arrive-t-il de sauter vos règles?	(0)Non	(8)Oui		
11. La durée (en jours) de vos règles varie de mois en mois, et le nombre de jours de saignement diminue	(0)Non	(8)Oui		

**Points totaux**

**SECTION F**

1. Votre sensation de bien-être fluctue au cours de la journée sans raison apparente	0	1	4	8
2. Brusques bouffées de chaleur	0	1	4	8
3. Transpiration spontanée	0	1	4	8
4. Frissons	0	1	4	8
5. Mains et pieds glacés	0	1	4	8
6. Le cœur bat rapidement et semble palpiter	0	1	4	8
7. Sensation d'engourdissement, de picotement ou de piquûre	0	1	4	8
8. Étourdissements	0	1	4	8
9. Esprit embrouillé, étourdi ou distrait	0	1	4	8
10. Incapacité de se concentrer	0	1	4	8
11. Dépression, anxiété, nervosité et/ou irritabilité	0	1	4	8
12. Sommeil difficile	0	1	4	8
13. Conscience de nouveaux sentiments de colère et de frustration	0	1	4	8
14. Sensation de dessèchement de la peau, des cheveux, du vagin et/ou des yeux	0	1	4	8
15. Menstruations terminées depuis six mois mais les saignements vaginaux continuent	(0)Non	(8)Oui		

**Points totaux**

**Veillez marquer d'un "X" les endroits où vous éprouvez de la douleur, une enflure ou une gêne, ou les parties de votre peau dont la couleur ou la texture a changé (par ex., grains de beauté, éruptions, etc.). Décrivez ce que vous ressentez ou observez dans vos propres mots. Vous pouvez écrire n'importe où dans cette zone.**

