

## Questionnaire fibromyalgie

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
SEXE :  M  F

Date : .../.../.....

Date de début de la douleur : .../.../.....

### Questionnaire FIQ

Merci de bien vouloir répondre à toutes les questions :

-soit en entourant la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

-soit en indiquant d'un trait l'endroit où vous vous situez entre deux positions extrêmes, comme dans l'exemple ci-dessous :

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
aucune douleur

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
douleurs très importantes

#### 1-Etes-vous capable de :

(Veuillez entourer le numéro qui décrit le mieux l'état général dans lequel vous vous trouvez actuellement.

	Toujours	La plupart du temps	De temps en temps	Jamais
Faire les courses ?	0	1	2	3
Faire la lessive en machine ?	0	1	2	3
Préparer à manger ?	0	1	2	3
Faire la vaisselle à la main ?	0	1	2	3
Passer l'aspirateur ?	0	1	2	3
Faire les lits ?	0	1	2	3
Marcher plusieurs centaines de mètres ?	0	1	2	3
Aller voir des amis ou la famille ?	0	1	2	3
Faire du jardinage ?	0	1	2	3
Conduire une voiture ?	0	1	2	3
Monter les escaliers ?	0	1	2	3

#### Au cours des 7 derniers jours,

#### 2. Combien de jours vous êtes-vous senti(e) bien ?

0    1    2    3    4    5    6    7

Si vous n'avez pas d'activité professionnelle, passez à la question 5.

**3. Combien de jours de travail avez-vous manqué à cause de la fibromyalgie ?**

0    1    2    3    4    5    6    7

**4. Les jours où vous avez travaillé, les douleurs ou d'autres problèmes liés à votre fibromyalgie vous ont-ils gêné(e) dans votre travail ?**

aucune gêne

gêne très importante

**Au cours des 7 derniers jours,**

**5. Avez-vous eu des douleurs ?**

aucune douleur

douleurs très importantes

**6. Avez-vous été fatigué(e) ?**

pas du tout fatigué (e)

extrêmement fatigué(e)

**7. Comment vous êtes-vous senti(e) le matin au réveil ?**

tout à fait reposé(e) au réveil

extrêmement fatigué(e) au réveil

**8. Vous êtes-vous senti(e) raide ?**

pas du tout raide

extrêmement raide

**9. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou inquiet(e) ?**

pas du tout tendu(e)

extrêmement tendu(e)

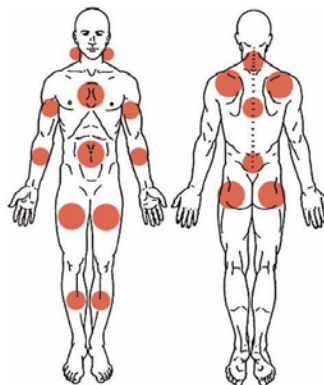
**10. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?**

pas du tout déprimé(e)

extrêmement déprimé(e)

### Critères WPI et SSS de l'ACR

Notez précisément le nombre de zones où vous avez eu mal la semaine précédente.



Pour chacun des 3 symptômes cités ci-dessus, indiquer le niveau de sévérité lors de la semaine précédente en utilisant l'échelle suivante :

	Fatigue	Somnolence	Symptômes cognitifs
0 = pas de problème			
1 = problèmes légers ou modérés, généralement modérés ou intermittents			
2 = problèmes modérés, considérables, souvent présents et /ou à niveau modéré			
3 = problèmes importants, persistants, continus, handicapants au quotidien			
<b>Total score-2A</b>			

Au cours de la semaine passée, indiquez si avez ressenti ces symptômes somatiques entre 0 (pas de problème) et 3 (sévère) :

✓ Douleurs musculaires	✓ Syndrome de l'intestin irritable	✓ Fatigue
✓ Problème de mémoire ou de concentration	✓ Céphalées	✓ Douleurs/crampes abdominales
✓ Faiblesse musculaire	✓ Engourdissement/picotements	✓ Vertiges
✓ Insomnie	✓ Dépression	✓ Nervosité
✓ Constipation	✓ Douleurs abdominales hautes	✓ Nausées
✓ Douleur thoracique	✓ Diarrhée	✓ Bouche sèche
✓ Vision floue	✓ Fièvre	✓ Démangeaisons
✓ Sifflement respiratoire	✓ Syndrome de Raynaud	✓ Urticaire
✓ Acouphènes	✓ Vomissements	✓ Brûlure thoracique
✓ Aphtes buccaux	✓ Perte ou modification du goût	✓ Crise d'épilepsie
✓ Yeux secs	✓ Oppression respiratoire	✓ Perte d'appétit
✓ Eruption cutanée	✓ Hypersensibilité au soleil	✓ Trouble de l'audition
✓ Ecchymoses faciles	✓ Perte de cheveux	✓ Mictions fréquentes
✓ Douleurs à la miction	✓ Spasmes de la vessie	
<b>Score-2B = Somme des symptômes :</b>		