**Questionnaire supplémentaire pour les problèmes musculo-squelettiques**

Prénom, Nom …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Veuillez cocher la colonne qui convient (amélioré ou aggravé) en face de chaque caractéristique si celle-ci s’applique à votre situation. Si, par exemple, l’air ouvert améliore votre état, cochez la colonne « M’améliore ». Si l’air ouvert n’a aucun impacte sur vous, ne cochez rien.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Air ouvert/Température** | **M’améliore** | **M’aggrave** |  | **Mouvements** | **M’améliore** | **M’aggrave** |
| Air ouvert |  |  | Mouvements |  |  |
| Temps froid |  |  | Marcher |  |  |
| Temps chaud |  |  | Mouvement continuel |  |  |
| Temps humide |  |  | Début de mouvement |  |  |
| Temps sec |  |  | En levant l’extrémité |  |  |
| Exposé au froid |  |  | En étirant |  |  |
| Chaleur en général |  |  | En montant… |  |  |
| Se découvrir |  |  | En descendant… |  |  |
| Chambre chaude |  |  | Bouger la tête |  |  |
| Chaleur au lit |  |  | Bouger les armes |  |  |
| Pendant/après transpiration |  |  | Courir |  |  |
| Compresse humide |  |  | Exercices physiques |  |  |
| Se mouiller |  |  | En repos |  |  |
| Temps venteux |  |  | Mouvements | Je veux | Je ne veux pas |
|  |  |  |  |  |  |
| **Blessures** | **Cochez ce qui s’applique** |  |
| Avec hématome |  | **Manger, boire, parler** | **M’améliore** | **M’aggrave** |
| Écharde |  | Manger/boire froid |  |  |
| Des tissus mous |  | Manger/boire chaud |  |  |
| Des os |  | Après avoir bu |  |  |
| Entorse |  | Boire eau froid |  |  |
| Lente à guérir |  | Café |  |  |
|  |  | Bière/Vin/Alcool |  |  |
|  |  |
| **Position** | **M’améliore** | **M’aggrave** | **Sommeil** | **M’améliore** | **M’aggrave** |
| Couchée |  |  | Après s’être couché |  |  |
| Couchée sur le dos |  |  | En s’endormant |  |  |
| Couchée de côté |  |  | Pendant le sommeil |  |  |
| … sur le côté qui fait mal |  |  | En se réveillant |  |  |
| Au changement de la position |  |  | En se levant du lit |  |  |
| Être assis |  |  |  |
| Être penché |  |  | **Sensation** | **M’améliore** | **M’aggrave** |
| Se lever de la chaise |  |  | Touché |  |  |
| En s’asseyant |  |  | Pression externe |  |  |
|  | Frottement |  |  |
| **État d’esprit** |  |  | Sensation de pression | vers l’intérieur | vers l’extérieur |
| Je suis plutôt | Irritable | doux | Sens. poignardé/piqué | vers l’intérieur | vers l’extérieur |
| Je suis plutôt | Triste | Heureux | Sens. poignardé/piqué | vers le haut | vers le bas |
| Être seul | J’aime | Je n’aime pas | Sens.de piqures | Sur la surface | À l’intérieur |
|  |  |  |  |  |  |
| *Côté douloureux* | Gauche | Droit |  | **Moment de la journée** | **M’améliore** | **M’aggrave** |
|  |  |  |  | Matin |  |  |
| **Autre (ajoutez au besoin)** |  |  |  | Soir |  |  |
|  |  |  |  | Nuit |  |  |
|  |  |  |  | Heures particulières (les quelles)………………. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |