

Questionnaire sur la douleur et les activités de Travail sécuritaire NB

Ces questions et déclarations s'appliquent si votre blessure vous cause des douleurs. Veuillez lire attentivement chaque question et y répondre. Il n'est pas nécessaire de prendre beaucoup de temps, mais il est important de répondre à chacune des questions. Il y a toujours une réponse qui s'applique à votre situation particulière.

1. Numéro de réclamation de Travail sécuritaire NB : _____ Date complétée : _____
2. Nom du (de la) travailleur-euse blessé-e : _____
3. Où avez-vous mal? Placez un \surd à chaque endroit approprié.
__ Cou __ Épaules __ Haut du dos __ Bas du dos __ Jambe
__ Bras __ Poignet / Main __ Cheville / Pied __ Tête __ Autre
4. Au cours des 18 derniers mois, combien de jours avez-vous dû vous absenter du travail en raison de la douleur? Cochez (\surd) une réponse.
__ 0 jour (1) __ 1 ou 2 jours (2) __ 3 à 7 jours (3) __ 8 à 14 jours (4) __ 15 à 30 jours (5)
__ 1 mois (6) __ 2 mois (7) __ 3 à 6 mois (8) __ 6 à 12 mois (9) __ Plus d'un an (10)
5. Depuis combien de temps souffrez-vous de la douleur actuelle? Cochez (\surd) une réponse.
__ 0 ou 1 semaine (1) __ 1 à 2 semaines (2) __ 3 à 4 semaines (3) __ 4 à 5 semaines (4) __ 6 à 8 semaines (5)
__ 9 à 11 semaines (6) __ 3 à 6 mois (7) __ 6 à 9 mois (8) __ 9 à 12 mois (9) __ Plus d'un an (10)
6. Votre travail est-il pénible ou monotone? Encerclez la meilleure réponse.
Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Extrêmement*
7. Comment évalueriez-vous votre douleur au cours de la dernière semaine? Encerclez une réponse.
Aucune douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Douleur insupportable*
8. Dans les trois derniers mois, en moyenne, comment était votre douleur? Encerclez une réponse.
Aucune douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Douleur insupportable*
9. Combien de fois avez-vous ressenti une douleur, en moyenne, au cours des trois derniers mois? Encerclez une réponse.
Jamais 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Toujours*
10. En vous basant sur tout ce que vous faites pour endurer votre douleur, jusqu'à quel point, en moyenne, arrivez-vous à l'apaiser? Encerclez une réponse.
Incapable de l'apaiser 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Capable de l'apaiser totalement*
11. Jusqu'à quel point vous êtes-vous senti-e tendu-e ou anxieux-euse au cours de la dernière semaine? Encerclez une réponse.
Aucunement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Extrêmement*
12. Jusqu'à quel point vous êtes-vous senti-e déprimé-e au cours de la dernière semaine? Encerclez une réponse.
Aucunement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Extrêmement*

Veuillez remplir la page 2 de ce formulaire

Questionnaire sur la douleur et les activités de la CSSIAT – page 2

13. Selon vous, quel est le risque que votre douleur actuelle devienne persistante? Encerchez une réponse.
Aucun 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très grand risque*
risque
14. Selon vous, quelles sont les chances que vous travaillerez dans six mois? Encerchez une réponse.
Aucune 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très grande chance*
chance
15. En tenant compte de votre routine de travail, de la direction, de votre salaire, des possibilités d'avancement et de vos collègues, quel est votre degré de satisfaction par rapport à votre travail? Encerchez une réponse.
Aucunement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Totalement satisfait-e*
satisfait-e

D'autres personnes nous ont fait part des commentaires suivants à propos de leur douleur. Pour chaque déclaration, veuillez encercher un numéro de 0 à 10 pour indiquer jusqu'à quel point votre douleur est influencée par des activités physiques, telles que se plier, soulever, marcher ou conduire.

16. L'activité physique intensifie ma douleur.
Aucunement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait d'accord*
d'accord
17. Une augmentation de la douleur signifie que je devrais arrêter ce que je fais jusqu'à ce que la douleur diminue.
Aucunement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait d'accord*
d'accord
18. Je ne devrais pas faire mon travail normal avec ma douleur actuelle.
Aucunement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait d'accord*
d'accord

Voici une liste de cinq activités. Pour chacune de ces activités, veuillez encercher le numéro qui décrit le mieux votre capacité actuelle de l'accomplir.

19. Je peux faire un travail léger pendant une heure.
Je ne peux 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Je peux sans que la*
pas en raison *douleur soit un*
de la douleur. *problème.*
20. Je peux marcher pendant une heure.
Je ne peux 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Je peux sans que la*
pas en raison *douleur soit un*
de la douleur. *problème.*
21. Je peux faire des travaux ménagers ordinaires.
Je ne peux 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Je peux sans que la*
pas en raison *douleur soit un*
de la douleur. *problème.*
22. Je peux aller magasiner.
Je ne peux 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Je peux sans que la*
pas en raison *douleur soit un*
de la douleur. *problème.*
23. Je peux dormir la nuit.
Je ne peux 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Je peux sans que la*
pas en raison *douleur soit un*
de la douleur. *problème.*