

Version modifiée de The Québec Back Pain Disability Scale

Date à laquelle le questionnaire a été rempli : _____

DIRECTIVES : Ce questionnaire porte sur la façon dont votre blessure liée au travail affecte votre vie de tous les jours. Nous aimerions savoir si vous avez de la difficulté à accomplir les tâches énumérées ci-dessous à cause de votre blessure liée au travail. Veuillez encercler le chiffre de l'échelle de 0 à 5 qui correspond le mieux à chacune des activités. (Ne sautez aucune activité.)

Avez-vous de la difficulté aujourd'hui à accomplir les activités suivantes à cause de votre blessure liée au travail?

	AUCUNE DIFFICULTÉ	TRÈS PEU DIFFICILE	UN PEU DIFFICILE	DIFFICILE	TRÈS DIFFICILE	INCAPABLE
1. Sortir du lit	0	1	2	3	4	5
2. Dormir toute la nuit	0	1	2	3	4	5
3. Vous retourner dans le lit.....	0	1	2	3	4	5
4. Vous promener en voiture	0	1	2	3	4	5
5. Rester debout durant 20 à 30 minutes	0	1	2	3	4	5
6. Rester assis sur une chaise durant plusieurs heures	0	1	2	3	4	5
7. Monter un seul étage à pied	0	1	2	3	4	5
8. Faire plusieurs coins de rue à pied (300 à 400 mètres)	0	1	2	3	4	5
9. Marcher plusieurs milles	0	1	2	3	4	5
10. Atteindre des objets sur des tablettes assez élevées	0	1	2	3	4	5
11. Lancer une balle	0	1	2	3	4	5
12. Courir un coin de rue (à peu près 100 mètres)	0	1	2	3	4	5
13. Sortir des aliments du réfrigérateur	0	1	2	3	4	5
14. Faire votre lit	0	1	2	3	4	5
15. Mettre vos bas (collants)	0	1	2	3	4	5
16. Vous pencher pour laver la baignoire	0	1	2	3	4	5
17. Déplacer une chaise	0	1	2	3	4	5
18. Tirer ou pousser des portes lourdes	0	1	2	3	4	5
19. Transporter deux sacs d'épicerie	0	1	2	3	4	5
20. Soulever et transporter une grosse valise	0	1	2	3	4	5

Résultat sur 100 : _____