

QUESTIONNAIRE SUR L'INCONFORT CORPOREL

Nom : _____ Date : _____

Poste : _____ Superviseur : _____

Indiquez votre niveau d'inconfort (entre 0 et 10) pour toutes les parties du corps qui figurent dans le diagramme plus bas.

Aucun inconfort / Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur insupportable
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

