



QUESTIONNAIRE MDHAQ ET INDICE RAPID3

GUIDE SUR LES CONSIGNES D'UTILISATION
À L'INTENTION DU PATIENT

Apprenez à suivre l'activité de votre polyarthrite rhumatoïde
au moyen d'une partie du questionnaire d'évaluation
multidimensionnelle de la santé (*Multi-Dimensional Health
Assessment Questionnaire* ou MDHAQ)

TABLE DES MATIÈRES

BIENVENUE!

Le présent guide sur les consignes d'utilisation est conçu pour vous aider à participer plus activement à votre traitement de la polyarthrite rhumatoïde.

Il vous montrera comment utiliser le questionnaire d'évaluation multidimensionnelle de la santé (MDHAQ) afin de calculer votre score RAPID3 en répondant à 3 questions. Le formulaire RAPID3 convertit sous forme de score chiffré vos réponses sur les effets qu'a la polyarthrite rhumatoïde sur vous. De plus, le présent guide vous expliquera comment utiliser ce score afin de suivre l'activité de votre polyarthrite rhumatoïde au fil du temps.

En suivant les variations de votre score RAPID3 dans le temps et en transmettant cette information à votre équipe soignante, vous pourrez améliorer les discussions avec votre professionnel de la santé lors de vos visites à son cabinet et ainsi aider ce dernier à mieux prendre en charge votre polyarthrite rhumatoïde.

Les professionnels de la santé comprennent l'importance d'être à l'écoute de leurs patients et accordent de l'importance à leur opinion. Dans le cadre de leur stratégie d'atteinte des cibles thérapeutiques visant à prendre en charge la polyarthrite rhumatoïde, ils collaborent avec leurs patients atteints de cette maladie afin de fixer des objectifs de rémission ou de réduire l'activité de la maladie. En plus des examens physiques effectués, l'établissement du score RAPID3 peut permettre d'avoir une idée concrète de vos progrès vers l'atteinte de votre objectif thérapeutique.

BIENVENUE!	3
Renseignements généraux sur le questionnaire MDHAQ et l'indice RAPID3	4
Comment remplir le formulaire RAPID3	6
Comment calculer votre score RAPID3	12
Comment déterminer la catégorie de votre maladie	13

Documents joints séparément :

Questionnaire d'évaluation multidimensionnelle de la santé
Incluant les questions de l'indice RAPID3

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE QUESTIONNAIRE MDHAQ ET L'INDICE RAPID3

[QUE SONT LE QUESTIONNAIRE MDHAQ ET L'INDICE RAPID3?]

L'indice RAPID3 signifie *Routine Assessment of Patient Index Data 3* (indice d'évaluation systématique en 3 points des données de référence du patient). Il s'agit d'une mesure de l'activité de la polyarthrite rhumatoïde. Le score RAPID3 est obtenu à partir des réponses à 3 questions posées dans le formulaire MDHAQ sur vos symptômes de polyarthrite rhumatoïde. Il faut de 3 à 5 minutes pour répondre au questionnaire. L'indice RAPID3 a été créé par des rhumatologues afin de voir l'évolution de vos symptômes de polyarthrite rhumatoïde. Il est l'une des diverses mesures de l'activité de la polyarthrite rhumatoïde recommandées par la Société canadienne de rhumatologie.

Le questionnaire MDHAQ porte sur les répercussions qu'a la polyarthrite rhumatoïde sur vous. Trois questions faisant partie de ce questionnaire servent à calculer votre score RAPID3 et l'activité de votre maladie. Vous n'aurez à répondre qu'à ces 3 questions. Ces dernières portent sur votre capacité fonctionnelle (CF), l'intensité de votre douleur (ID) et votre estimation globale de la façon dont vous vous sentez (appelée évaluation globale par le patient [EGP]). Veuillez répondre à ces questions par vous-même, en fonction des sentiments que vous éprouvez.

Veuillez noter que vos réponses aux autres questions du formulaire MDHAQ pourraient être utiles à votre professionnel de la santé; on vous encourage donc fortement à répondre à toutes les questions. Toutefois, seules les réponses aux questions 1, 2 et 6 sont nécessaires au calcul de votre score RAPID3.

[DE QUELLE MANIÈRE L'INDICE RAPID3 MESURE-T-IL L'ACTIVITÉ DE LA MALADIE?]

Les scores RAPID3 divisent l'activité de la maladie en 4 catégories qui représentent la gravité de votre maladie, soit la quasi-rémission (QR), la faible gravité (FG), la gravité modérée (GM) et la gravité élevée (GE). Vous trouverez un tableau décrivant ces catégories au bas de la section du pointage du formulaire RAPID3.

L'une des utilisations les plus importantes du score RAPID3 est de déterminer le degré de gravité de votre polyarthrite rhumatoïde d'après votre capacité à effectuer certaines tâches ou activités, l'intensité de la douleur que vous éprouvez et votre état général. La gravité de votre maladie est une mesure utile pour suivre l'évolution de votre traitement, et elle est importante pour aider votre professionnel de la santé à planifier vos soins médicaux.

[DE QUELLE FAÇON MES SCORES RAPID3 SERONT-ILS UTILISÉS?]

Votre professionnel de la santé peut utiliser vos scores RAPID3 afin de mieux comprendre le degré d'activité de votre maladie. Dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde, il est impossible d'évaluer la gravité de votre maladie ou l'évolution de votre traitement à l'aide d'une seule mesure ou d'un seul examen, comme c'est le cas avec la mesure de la tension artérielle en présence d'hypertension. Pour évaluer le degré d'activité de votre polyarthrite rhumatoïde, votre professionnel de la santé doit tenir compte de nombreux aspects, tels que votre examen physique, certaines analyses de laboratoire ou épreuves diagnostiques et les autres problèmes de santé que vous pourriez présenter en plus de la polyarthrite rhumatoïde. Vos scores RAPID3 lui fournissent un autre élément d'information qui peut l'aider à comprendre le degré d'activité de votre maladie, ce qui est important dans le choix des soins qui vous seront prodigués.

[QUE DOIS-JE FAIRE POUR RÉPONDRE CORRECTEMENT AU QUESTIONNAIRE RAPID3?]

Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Répondez tout simplement aux questions de votre mieux. Ne demandez pas à un professionnel de la santé ni à un proche de répondre aux questions à votre place : c'est la façon dont vous vous sentez qui importe.

[À QUEL MOMENT DOIS-JE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE?]

Il est recommandé de remplir le questionnaire le jour même des rendez-vous avec votre médecin.

Tous les calculs de votre score RAPID3 et du degré de gravité de votre maladie — qu'ils soient effectués en vue d'un rendez-vous avec votre médecin ou lors d'une auto-évaluation mensuelle — peuvent vous aider, vous et votre professionnel de la santé, à en apprendre davantage sur les variations de votre maladie au fil du temps, et à faire des choix thérapeutiques qui contribueront à atteindre un degré moindre d'activité de la maladie ou une quasi-rémission.

Le suivi du degré d'activité de votre maladie est important, mais le calcul de votre score RAPID3 le jour des rendez-vous avec votre médecin l'est encore plus. En apportant à votre professionnel de la santé votre questionnaire MDHAQ, votre score RAPID3 et le degré d'activité actuel de votre maladie, vous lui fournirez les plus récents renseignements sur l'évaluation de l'activité de votre polyarthrite rhumatoïde.

Le suivi de l'activité de votre polyarthrite rhumatoïde est une décision personnelle

L'important est de faire preuve d'ouverture et d'honnêteté lorsque vous transmettez de l'information à votre professionnel de la santé sur la façon dont vous vous sentez afin de l'aider à faire les meilleurs choix pour votre traitement. Ce matériel éducatif à l'intention du patient a été conçu pour vous aider justement à le faire. Votre professionnel de la santé pourrait trouver utile votre score RAPID3 pour prendre en charge votre polyarthrite rhumatoïde ou il pourrait utiliser d'autres méthodes d'analyse pour évaluer l'activité de votre maladie. Le cas échéant, il pourrait décider de ne pas se servir de vos scores RAPID3 et des renseignements connexes. N'hésitez pas à continuer de suivre vos scores RAPID3 de votre côté si vous les jugez utiles afin de surveiller l'activité de votre maladie.

COMMENT REMPLIR LES QUESTIONS DE L'INDICE RAPID3 DANS LE QUESTIONNAIRE MDHAQ

Les questions 1, 2 et 6 du formulaire MDHAQ sont les questions qui servent à calculer l'indice RAPID3. Vos réponses à ces 3 questions sont requises pour calculer votre score RAPID3. Les consignes ci-dessous vous guideront sur la façon de répondre à chacune des questions.

Nom : _____ Date de naissance : _____ Date d'aujourd'hui : _____

MDHAQ Env8 R865

1. Veuillez cocher (✓) LA meilleure réponse qui correspond à vos capacités en ce moment :

AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE, étiez-vous en mesure de :	Sans AUCUNE difficulté	Avec QUELQUE difficulté	Avec BEAUCOUP de difficulté	INCAPABLE de le faire
Vous habiller, y compris d'attacher vos lacets et des boutons?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous mettre au lit et vous lever du lit?	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Porter à votre bouche une tasse ou un verre bien rempli?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Marcher en terrain plat à l'extérieur?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous laver et vous sécher le corps au complet?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous pencher pour ramasser un vêtement au sol?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ouvrir et fermer les robinets?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Monter dans une voiture, un autobus, un train ou un avion et en descendre?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Marcher trois kilomètres?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
Participer à des activités récréatives et à des sports, si vous souhaitez le faire?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Avoir de bonnes nuits de sommeil?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Maîtriser vos sentiments d'anxiété ou de nervosité?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Maîtriser vos sentiments dépressifs ou votre mélancolie?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3

2. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, quelle intensité de douleur avez-vous ressentie en raison de votre maladie? Veuillez indiquer l'intensité de votre douleur ci-dessous :

ABSENCE DE DOULEUR ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ DOULEUR LA PLUS INTENSE QUI SOIT

0 0,5 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10

3. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, avez-vous ressenti des raideurs au lever le matin? Non Oui
Si « oui », veuillez indiquer le nombre de minutes _____ ou d'heures _____ nécessaires avant de retrouver votre souplesse d'une journée habituelle.

4. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, à quel point la fatigue INHABITUELLE vous a-t-elle incommodé?
LA FATIGUE N'EST PAS UN PROBLÈME ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ LA FATIGUE EST UN PROBLÈME MAJEUR

0 0,5 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10

5. Comment vous sentez-vous AUJOURD'HUI comparativement à IL Y A UNE SEMAINE? Veuillez cocher (✓) une seule réponse.
(1) Nettement mieux (2) Mieux (3) Pareil (4) Moins bien (5) Beaucoup moins bien

6. En tenant compte de toutes les façons dont la maladie et d'autres problèmes de santé peuvent avoir des effets sur vous en ce moment, veuillez indiquer ci-dessous comment vous vous sentez :

TRÈS BIEN ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ TRÈS MAL

0 0,5 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10

7. À quelle fréquence pratiquez-vous une activité aérobique (qui fait transpirer, augmenter la fréquence cardiaque ou provoque un essoufflement) pendant au moins une demi-heure (30 minutes)? Veuillez cocher (✓) une seule réponse.
 Au moins 3 fois par semaine 1 ou 2 fois par semaine 1 ou 2 fois par mois Je ne fais pas d'activité physique régulièrement Je ne peux pas faire d'activité physique en raison de mon invalidité / handicap

8. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous : [Veuillez cocher (✓) OUI ou NON à toutes les questions]

Subi une intervention chirurgicale ou contracté une nouvelle maladie?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Fait une chute, subi un accident ou un autre traumatisme?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Eut une consultation médicale à l'urgence ou un séjour à l'hôpital?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Apporté des changements à vos médicaments contre l'arthrite ou d'autres médicaments?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Présenté un ou plusieurs symptômes (surtout)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Déménagé?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
		Changé d'adresse postale?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

[A. Question 1] Capacité fonctionnelle

La première partie de votre formulaire RAPID3 comprend des questions sur votre capacité à effectuer certaines activités ou tâches fonctionnelles (CF). Les réponses que vous fournirez aux sous-questions « A » à « J » de la question 1 serviront à calculer votre score pour la question 1. Pour chacune des sous-questions, répondez si vous avez été en mesure d'effectuer les tâches ou les activités sans AUCUNE difficulté, avec QUELQUE difficulté, avec BEAUCOUP de difficulté, ou si vous avez été INCAPABLE de les faire.

[ÉTAPE 1]

Pour chacune des questions, cochez la case qui décrit le mieux comment vous vous sentez. (Pour les questions qui vous demandent si vous êtes en mesure de marcher sur une distance de 3 km ou de participer à des sports ou à des jeux à votre guise, veuillez répondre de votre mieux. Si vous ne pratiquez pas ces activités en ce moment, répondez en fonction de la difficulté que vous éprouveriez si vous deviez y participer.)

[ÉTAPE 2]

Une fois que vous aurez répondu aux questions « A » à « J », additionnez les points obtenus en utilisant les nombres indiqués à la droite de chaque case cochée. Dans l'exemple présenté, les réponses données équivalent à 15 points.

[ÉTAPE 3]

La longue colonne à la droite de la question 1 renferme les scores du questionnaire RAPID3. Sous la case « CF » se trouvent un tableau des nombres et leur équivalent divisé par 3. Vous devrez diviser le nombre calculé à la question 1 par 3 ou utiliser le tableau sous la case « CF (0 à 10) » qui vous indiquera le nombre à utiliser. Le nombre que vous obtenez est votre score de « CF (0 à 10) ». Dans cet exemple, 15 points divisés par 3 équivalent à 5. Indiquez 5 comme score de « CF (0 à 10) ». Il s'agit du premier nombre qui sera utilisé pour calculer votre score RAPID3.

COMMENT REMPLIR LES QUESTIONS DE L'INDICE RAPID3 DANS LE QUESTIONNAIRE MDHAQ (SUITE)



Nom : _____ Date de naissance : _____ Date d'aujourd'hui : _____ MDHAQ EnV8 R865

1. Veuillez cocher (✓) LA meilleure réponse qui correspond à vos capacités en ce moment :

AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE, étiez-vous en mesure de :	Sans AUCUNE difficulté	Avec QUELQUE difficulté	Avec BEAUCOUP de difficulté	INCAPABLE de le faire
Vous habiller, y compris d'attacher vos lacets et des boutons?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous mettre au lit et vous lever du lit?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Porter à votre bouche une tasse ou un verre bien rempli?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Marcher en terrain plat à l'extérieur?	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous laver et vous sécher le corps au complet?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous pencher pour ramasser un vêtement au sol?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ouvrir et fermer les robinets?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Monter dans une voiture, un autobus, un train ou un avion et en descendre?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Marcher trois kilomètres?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Participer à des activités récréatives et à des sports, si vous souhaitiez le faire?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
Avoir de bonnes nuits de sommeil?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Maîtriser vos sentiments d'anxiété ou de nervosité?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Maîtriser vos sentiments dépressifs ou votre mélancolie?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3

2. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, quelle intensité de douleur avez-vous ressentie en raison de votre maladie? Veuillez indiquer l'intensité de votre douleur ci-dessous :

ABSENCE DE DOULEUR ○○○●○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ DOULEUR LA PLUS INTENSE QUI SOIT

0 0,5 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10

3. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, avez-vous ressenti des raideurs au lever le matin? Non Oui
Si « oui », veuillez indiquer le nombre de minutes _____ ou d'heures _____ nécessaires avant de retrouver votre souplesse d'une journée habituelle.

4. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, à quel point la fatigue INHABITUELLE vous a-t-elle incommodé?
LA FATIGUE N'EST PAS UN PROBLÈME ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ LA FATIGUE EST UN PROBLÈME MAJEUR
0 0,5 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10

5. Comment vous sentez-vous AUJOURD'HUI comparativement à IL Y A UNE SEMAINE?
Veuillez cocher (✓) une seule réponse.
(1) Nettement mieux (2) Mieux (3) Pareil (4) Moins bien (5) Beaucoup moins bien

6. En tenant compte de toutes les façons dont la maladie et d'autres problèmes de santé peuvent avoir des effets sur vous en ce moment, veuillez indiquer ci-dessous comment vous vous sentez :
TRÈS BIEN ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ TRÈS MAL
0 0,5 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10

7. À quelle fréquence pratiquez-vous une activité aérobique (qui fait transpirer, augmenter la fréquence cardiaque ou provoque un essoufflement) pendant au moins une demi-heure (30 minutes)? Veuillez cocher (✓) une seule réponse.
 Au moins 3 fois par semaine 1 ou 2 fois par semaine 1 ou 2 fois par mois Je ne fais pas d'activité physique régulièrement Je ne peux pas faire d'activité physique en raison de mon invalidité / handicap

8. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous : [Veuillez cocher (✓) OUI ou NON à toutes les questions]

Subi une intervention chirurgicale ou contracté une nouvelle maladie?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Fait une chute, subi un accident ou un autre traumatisme?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Eu une consultation médicale à l'urgence ou un séjour à l'hôpital?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Apporté des changements à vos médicaments contre l'arthrite ou d'autres médicaments?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Présenté un nouveau symptôme important?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Déménagé?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Présenté un ou plusieurs effets secondaires à un médicament?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Changé d'état matrimonial?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Présenté un ou plusieurs effets secondaires à un traitement physique?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Changé d'emploi ou de tâches au travail, ou d'autres changements de routine personnelle?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

[B. Question 2] Douleur

Cette section du formulaire RAPID3 est conçue pour mesurer l'intensité de votre douleur (ID).

[ÉTAPE 1]

Choisissez le cercle qui correspond à la douleur que vous ressentez, « 0 » représentant une absence de douleur et « 10 » la douleur la plus intense qui soit. Une fois que vous aurez sélectionné le cercle qui décrit le mieux la douleur que vous éprouvez, repérez le nombre sous le cercle et notez-le dans la case à la droite du score « ID (0 à 10) » associé à la douleur.

Dans l'exemple ci dessus, le nombre 1,5 a été sélectionné, ce qui correspond au score « ID » associé à la douleur. Écrivez 1,5 dans la case « ID (0 à 10) ». Il s'agit du deuxième nombre qui servira à calculer votre score RAPID3.

COMMENT REMPLIR LES QUESTIONS DE L'INDICE RAPID3 DANS LE QUESTIONNAIRE MDHAQ (SUITE)



Nom : _____ Date de naissance : _____ Date d'aujourd'hui : _____

MDHAQ Env8 R865

1. Veuillez cocher (✓) LA meilleure réponse qui correspond à vos capacités en ce moment :

AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE, étiez-vous en mesure de :	Sans AUCUNE difficulté	Avec QUELQUE difficulté	Avec BEAUCOUP de difficulté	INCAPABLE de le faire
Vous habiller, y compris d'attacher vos lacets et des boutons?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous mettre au lit et vous lever du lit?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Porter à votre bouche une tasse ou un verre bien rempli?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Marcher en terrain plat à l'extérieur?	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous laver et vous sécher le corps au complet?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous pencher pour ramasser un vêtement au sol?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ouvrir et fermer les robinets?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Monter dans une voiture, un autobus, un train ou un avion et en descendre?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Marcher trois kilomètres?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Participer à des activités récréatives et à des sports, si vous souhaitez le faire?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
Avoir de bonnes nuits de sommeil?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Maîtriser vos sentiments d'anxiété ou de nervosité?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Maîtriser vos sentiments dépressifs ou votre mélancolie?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3

2. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, quelle intensité de douleur avez-vous ressentie en raison de votre maladie? Veuillez indiquer l'intensité de votre douleur ci-dessous :

ABSENCE DE DOULEUR ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ DOULEUR LA PLUS INTENSE QUI SOIT

0 0,5 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10

3. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, avez-vous ressenti des raideurs au lever le matin? Non Oui
Si « oui », veuillez indiquer le nombre de minutes _____ ou d'heures _____ nécessaires avant de retrouver votre souplesse d'une journée habituelle.

4. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, à quel point la fatigue INHABITUELLE vous a-t-elle incommodé?
LA FATIGUE N'EST PAS UN PROBLÈME ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ LA FATIGUE EST UN PROBLÈME MAJEUR

0 0,5 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10

5. Comment vous sentez-vous AUJOURD'HUI comparativement à IL Y A UNE SEMAINE?
Veuillez cocher (✓) une seule réponse.
(1) Nettement mieux (2) Mieux (3) Pareil (4) Moins bien (5) Beaucoup moins bien

6. En tenant compte de toutes les façons dont la maladie et d'autres problèmes de santé peuvent avoir des effets sur vous en ce moment, veuillez indiquer ci-dessous comment vous vous sentez :

TRÈS BIEN ○○○○○○○○○●○○○○○○○○○○○○○○○○○○ TRÈS MAL

0 0,5 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10

7. À quelle fréquence pratiquez-vous une activité aérobique (qui fait transpirer, augmenter la fréquence cardiaque ou provoque un essoufflement) pendant au moins une demi-heure (30 minutes)? Veuillez cocher (✓) une seule réponse.
 Au moins 3 fois par semaine 1 ou 2 fois par semaine 1 ou 2 fois par mois Je ne fais pas d'activité physique régulièrement Je ne peux pas faire d'activité physique en raison de mon invalidité / handicap

8. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous : [Veuillez cocher (✓) OUI ou NON à toutes les questions]

Subi une intervention chirurgicale ou contracté une nouvelle maladie?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Fait une chute, subi un accident ou un autre traumatisme?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Eu une consultation médicale à l'urgence ou un séjour à l'hôpital?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Apporté des changements à vos médicaments contre l'arthrite ou d'autres médicaments?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Présenté un nouveau symptôme important?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Déménagé?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Présenté un ou des problèmes secondaires à _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Changé d'état matrimonial?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
		Changé d'employeur de tâches au travail, même dans le cadre de vos heures normales	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

CF(1)

5

1 = 0,3 16 = 5,3
2 = 0,7 17 = 5,7
3 = 1,0 18 = 6,0
4 = 1,3 19 = 6,3
5 = 1,7 20 = 6,7
6 = 2,0 21 = 7,0
7 = 2,3 22 = 7,3
8 = 2,7 23 = 7,7
9 = 3,0 24 = 8,0
10 = 3,3 25 = 8,3
11 = 3,7 26 = 8,7
12 = 4,0 27 = 9,0
13 = 4,3 28 = 9,3
14 = 4,7 29 = 9,7
15 = 5,0 30 = 10,0

ID(2)

1.5

EGP(6)

4

RAPID3

(0 à 30)

Catégorie

GE = >12
GM = 6,1 à 12
FG = 3,1 à 6
QR = ≤3

[C. QUESTION 6] Évaluation globale par le patient

La troisième partie de l'indice RAPID3 mesure votre bien-être général, que les médecins appellent souvent l'évaluation globale par le patient (EGP). Lorsque vous sélectionnez votre choix, vous devez tenir compte de votre polyarthrite rhumatoïde et d'autres mesures de l'état de santé.

[ÉTAPE 1]

Choisissez le cercle qui correspond à la façon dont vous vous sentez, « 0 » représentant que vous vous sentez très bien et « 10 » que vous vous sentez très mal. Une fois que vous aurez sélectionné le cercle qui décrit le mieux comment vous vous sentez, repérez le nombre sous le cercle et notez-le dans la case à la droite du score « EGP (6) ».

Dans l'exemple ci-dessus, le score EGP est de 4. Il s'agit du troisième et dernier nombre qui servira à calculer votre score RAPID3.

Remarque

Vos réponses aux autres questions du formulaire MDHAQ pourraient être utiles à votre professionnel de la santé; on vous encourage donc fortement à répondre à toutes les questions. Toutefois, seules les réponses aux questions 1, 2 et 6 sont nécessaires au calcul de votre score RAPID3.

COMMENT CALCULER VOTRE SCORE RAPID3



aujourd'hui : _____

MDHAQ EnV8 **R865**

CF(1)
 5
 1 = 0,3 16 = 5,3
 2 = 0,7 17 = 5,7
 3 = 1,0 18 = 6,0
 4 = 1,3 19 = 6,3
 5 = 1,7 20 = 6,7
 6 = 2,0 21 = 7,0
 7 = 2,3 22 = 7,3
 8 = 2,7 23 = 7,7
 9 = 3,0 24 = 8,0
 10 = 3,3 25 = 8,3
 11 = 3,7 26 = 8,7
 12 = 4,0 27 = 9,0
 13 = 4,3 28 = 9,3
 14 = 4,7 29 = 9,7
 15 = 5,0 30 = 10,0

ID(2)
 1,5
 2,2 3,3
 2,2 3,3
 2,2 3,3

EGP(6)
 4
 3 2 1

RAPID3
 10,5
 (0 à 30)

Catégorie
 GE = >12
 GM = 6,1 à 12
 FG = 3,1 à 6
 QR = ≤3

Pour calculer votre score RAPID3, additionnez les nombres indiqués aux cases « CF », « ID » et « EGP ». Indiquez le résultat dans la case « RAPID3 ».

Dans cet exemple, en additionnant le score de capacité fonctionnelle (5) au score d'intensité de la douleur (1,5) et au score d'estimation globale de la douleur par le patient (4), vous obtenez un score RAPID3 total de 10,5.

COMMENT DÉTERMINER LA CATÉGORIE DE VOTRE MALADIE



aujourd'hui : _____

MDHAQ EnV8 **R865**

CF(1)
 5
 1 = 0,3 16 = 5,3
 2 = 0,7 17 = 5,7
 3 = 1,0 18 = 6,0
 4 = 1,3 19 = 6,3
 5 = 1,7 20 = 6,7
 6 = 2,0 21 = 7,0
 7 = 2,3 22 = 7,3
 8 = 2,7 23 = 7,7
 9 = 3,0 24 = 8,0
 10 = 3,3 25 = 8,3
 11 = 3,7 26 = 8,7
 12 = 4,0 27 = 9,0
 13 = 4,3 28 = 9,3
 14 = 4,7 29 = 9,7
 15 = 5,0 30 = 10,0

ID(2)
 1,5
 2,2 3,3
 2,2 3,3
 2,2 3,3

EGP(6)
 4
 3 2 1

RAPID3
 10,5
 (0 à 30)

Catégorie
 GE = >12
 GM = 6,1 à 12
 FG = 3,1 à 6
 QR = ≤3

Votre score RAPID3 peut varier entre 0 et 30. Le degré de gravité de votre polyarthrite rhumatoïde est estimé d'après votre score RAPID3. Le tableau que vous trouverez au bas de la section portant sur le score RAPID3 vous indiquera la catégorie à laquelle votre score correspond. Ainsi, un score supérieur à 12 correspond à une gravité élevée (GE), un score compris entre 6,1 et 12 correspond à une gravité modérée (GM), un score compris entre 3,1 et 6 correspond à une faible gravité (FG) et un score inférieur ou égal à 3 correspond à une quasi-rémission (QR).

Dans cet exemple, le score RAPID3 égal à 10,5 indique que la polyarthrite rhumatoïde du patient est de gravité modérée (GM).

© 2022. Une initiative de l'une des principales entreprises pharmaceutiques canadiennes axées sur la recherche.

Tous droits réservés. Février 2022.

La reproduction ou la distribution du présent matériel est strictement interdite sans l'obtention d'une autorisation.

Le système MDHAQ/RAPID3, de même que tous les droits afférents aux droits d'auteur et aux marques de commerce qui y sont associés appartiennent à Theodore Pincus et sont intégrés aux présentes sous licence.



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE DE LA SANTÉ (MDHAQ)

Répondez aux questions 1, 2 et 6 du questionnaire MDHAQ afin de calculer votre score RAPID3 et le degré d'activité de votre polyarthrite rhumatoïde

[COMMENT CALCULER VOS SCORES RAPID3 À L'AIDE DU QUESTIONNAIRE MDHAQ]

1. Répondez aux questions 1, 2 et 6.
2. Pour la question 1, additionnez les scores obtenus pour vos 10 premières questions seulement (les 3 questions mises à part sous la ligne double sont posées à titre informatif, mais ne sont pas comptabilisées officiellement). Servez-vous de la formule dans la colonne de droite pour calculer le score officiel (0 à 10). Par exemple, un patient qui obtient un total de 19 points recevrait un score de 6,3. Inscrivez ce score à titre d'évaluation de la capacité fonctionnelle (CF) du patient.
3. Pour la question 2, inscrivez le score brut (0 à 10) dans la case de la colonne de droite à titre d'évaluation de la tolérance à la douleur (ID) par le patient.
4. Pour la question 6, inscrivez le score brut (0 à 10) dans la case de la colonne de droite à titre d'évaluation globale par le patient (EGP).
5. Pour obtenir le score total, additionnez les scores obtenus aux questions 1, 2 et 6 (0 à 30), puis inscrivez ce nombre à titre de score RAPID3 cumulatif du patient. Servez-vous du tableau de conversion finale afin de simplifier le score RAPID3 pondéré du patient. Par exemple, un patient qui obtient 11 à l'échelle RAPID3 cumulative recevrait un score pondéré de 3,7. Un patient qui obtient un score compris entre 0 et 1,0 est défini comme un patient en quasi-rémission (QR); un score compris entre 1,3 et 2,0 correspond à une maladie de faible gravité (FG); un score compris entre 2,3 et 4,0 correspond à une maladie de gravité modérée (GM); et un score compris entre 4,3 et 10,0 correspond à une maladie de gravité élevée (GE).



1. Veuillez cocher (✓) LA meilleure réponse qui correspond à vos capacités en ce moment :

AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE, étiez-vous en mesure de :	Sans AUCUNE difficulté	Avec QUELQUE difficulté	Avec BEAUCOUP de difficulté	INCAPABLE de le faire
Vous habiller, y compris d'attacher vos lacets et des boutons?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous mettre au lit et vous lever du lit?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Porter à votre bouche une tasse ou un verre bien rempli?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Marcher en terrain plat à l'extérieur?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous laver et vous sécher le corps au complet?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vous pencher pour ramasser un vêtement au sol?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ouvrir et fermer les robinets?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Monter dans une voiture, un autobus, un train ou un avion et en descendre?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Marcher trois kilomètres?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Participer à des activités récréatives et à des sports, si vous souhaitiez le faire?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Avoir de bonnes nuits de sommeil?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Maîtriser vos sentiments d'anxiété ou de nervosité?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3
Maîtriser vos sentiments dépressifs ou votre mélancolie?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1,1	<input type="checkbox"/> 2,2	<input type="checkbox"/> 3,3

CF(1)

1 = 0,3 16 = 5,3
 2 = 0,7 17 = 5,7
 3 = 1,0 18 = 6,0
 4 = 1,3 19 = 6,3
 5 = 1,7 20 = 6,7
 6 = 2,0 21 = 7,0
 7 = 2,3 22 = 7,3
 8 = 2,7 23 = 7,7
 9 = 3,0 24 = 8,0
 10 = 3,3 25 = 8,3
 11 = 3,7 26 = 8,7
 12 = 4,0 27 = 9,0
 13 = 4,3 28 = 9,3
 14 = 4,7 29 = 9,7
 15 = 5,0 30 = 10,0

ID(2)

EGP(6)

RAPID3

(0 à 30)

Catégorie

GE = >12
 GM = 6,1 à 12
 FG = 3,1 à 6
 QR = ≤3

2. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, quelle intensité de douleur avez-vous ressentie en raison de votre maladie? Veuillez indiquer l'intensité de votre douleur ci-dessous :

ABSENCE DE DOULEUR ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ DOULEUR LA PLUS INTENSE QUI SOIT

0 0,5 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10

3. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, avez-vous ressenti des raideurs au lever le matin? Non Oui

Si « oui », veuillez indiquer le nombre de minutes _____ ou d'heures _____ nécessaires avant de retrouver votre souplesse d'une journée habituelle.

4. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, à quel point la fatigue INHABITUELLE vous a-t-elle incommodé?

LA FATIGUE N'EST PAS UN PROBLÈME ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ LA FATIGUE EST UN PROBLÈME MAJEUR

0 0,5 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10

5. Comment vous sentez-vous AUJOURD'HUI comparativement à IL Y A UNE SEMAINE?

Veuillez cocher (✓) une seule réponse.

(1) Nettement mieux (2) Mieux , (3) Pareil , (4) Moins bien , (5) Beaucoup moins bien

6. En tenant compte de toutes les façons dont la maladie et d'autres problèmes de santé peuvent avoir des effets sur vous en ce moment, veuillez indiquer ci-dessous comment vous vous sentez :

TRÈS BIEN ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ TRÈS MAL

0 0,5 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10

7. À quelle fréquence pratiquez-vous une activité aérobique (qui fait transpirer, augmenter la fréquence cardiaque ou provoque un essoufflement) pendant au moins une demi-heure (30 minutes)? Veuillez cocher (✓) une seule réponse.

Au moins 3 fois par semaine 1 ou 2 fois par semaine 1 ou 2 fois par mois Je ne fais pas d'activité physique régulièrement Je ne peux pas faire d'activité physique en raison de mon invalidité / handicap

8. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous : [Veuillez cocher (✓) OUI ou NON à toutes les questions]

Subi une intervention chirurgicale ou contracté une nouvelle maladie?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Fait une chute, subi un accident ou un autre traumatisme?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Eu une consultation médicale à l'urgence ou un séjour à l'hôpital?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Apporté des changements à vos médicaments contre l'arthrite ou d'autres médicaments?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Présenté un nouveau symptôme important?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Déménagé?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Présenté un ou des effets secondaires à des médicaments?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Changé d'état matrimonial?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Fumé des cigarettes régulièrement?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Changé d'emploi ou de tâches au travail, quitté votre emploi ou pris votre retraite?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
		Changé d'assurance médicale?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
		Changé de médecin pour vos soins primaires ou consulté un nouveau médecin?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Veuillez expliquer ci-dessous tous les cas où vous avez répondu « oui » : _____

Voir le verso

9. Veuillez cocher (✓) si vous avez présenté l'un ou l'autre des effets suivants au cours du dernier mois :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Respiration sifflante | <input type="checkbox"/> Évanouissements |
| <input type="checkbox"/> Prise de poids (> 10 lb) | <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine | <input type="checkbox"/> Enflure des mains |
| <input type="checkbox"/> Perte de poids (> 10 lb) | <input type="checkbox"/> Battements cardiaques accélérés ou très forts (palpitations) | <input type="checkbox"/> Enflure des chevilles |
| <input type="checkbox"/> Sentiment d'être malade | <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler | <input type="checkbox"/> Enflure dans d'autres articulations |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Brûlures d'estomac ou gaz | <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires |
| <input type="checkbox"/> Fatigue inhabituelle | <input type="checkbox"/> Douleurs gastriques ou crampes d'estomac | <input type="checkbox"/> Mal de dos |
| <input type="checkbox"/> Enflure des ganglions | <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Douleur cervicale |
| <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Vomissements | <input type="checkbox"/> Consommation de drogues non vendues dans les magasins |
| <input type="checkbox"/> Éruptions cutanées ou urticaire | <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Tabagisme |
| <input type="checkbox"/> Ecchymoses (bleus) ou saignements inhabituels | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Consommation de plus de 2 boissons alcoolisées par jour |
| <input type="checkbox"/> Autres problèmes de peau | <input type="checkbox"/> Selles foncées ou sanguinolentes | <input type="checkbox"/> Dépression – mélancolie |
| <input type="checkbox"/> Chute des cheveux | <input type="checkbox"/> Problèmes urinaires | <input type="checkbox"/> Anxiété – nervosité |
| <input type="checkbox"/> Sécheresse oculaire | <input type="checkbox"/> Problèmes gynécologiques (appareil reproducteur féminin) | <input type="checkbox"/> Troubles de la pensée |
| <input type="checkbox"/> Autres problèmes oculaires | <input type="checkbox"/> Étourdissements | <input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire |
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'audition | <input type="checkbox"/> Perte d'équilibre | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Tintements d'oreilles | <input type="checkbox"/> Douleurs, courbatures ou crampes d'origine musculaire | <input type="checkbox"/> Problèmes sexuels |
| <input type="checkbox"/> Congestion nasale | <input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire | <input type="checkbox"/> Sensation de brûlure aux organes génitaux |
| <input type="checkbox"/> Ulcères dans la bouche | <input type="checkbox"/> Paralysie des bras ou des jambes | <input type="checkbox"/> Interférence avec les activités sociales |
| <input type="checkbox"/> Sécheresse buccale | <input type="checkbox"/> Engourdissement ou picotement dans les bras ou les jambes | |
| <input type="checkbox"/> Altération de l'odorat ou du goût | | |
| <input type="checkbox"/> Bosse dans la gorge | | |
| <input type="checkbox"/> Toux | | |
| <input type="checkbox"/> Essoufflement | | |

Veuillez cocher (✓) ici si vous n'avez présenté aucun des effets ci-dessus au cours du dernier mois : _____.

10. Pour chacune des articulations ou des régions énumérées ci-dessous, veuillez cocher (✓) la case appropriée qui représente l'intensité de douleur que vous ressentez aujourd'hui :

	Aucune	Faible	Modérée	Élevée		Aucune	Faible	Modérée	Élevée
DOIGTS MAIN GAUCHE	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	DOIGTS MAIN DROITE	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
POIGNET GAUCHE	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	POIGNET DROIT	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
COUDE GAUCHE	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	COUDE DROIT	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
ÉPAULE GAUCHE	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	ÉPAULE DROITE	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
HANCHE GAUCHE	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	HANCHE DROITE	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
GENOU GAUCHE	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	GENOU DROIT	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
CHEVILLE GAUCHE	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	CHEVILLE DROITE	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
ORTEILS PIED GAUCHE	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	ORTEILS PIED DROIT	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
COU	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	DOS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

11. Veuillez indiquer tous les médicaments que vous avez pris au cours des 2 dernières semaines (s'il y en a plus de 6, veuillez les inscrire sur une page distincte).

<u>NOM DU MÉDICAMENT</u>	<u>POSOLOGIE</u>	<u>NOM DU MÉDICAMENT</u>	<u>POSOLOGIE</u>
1. _____	_____	4. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____

Allergies à des médicaments : _____

12. Quel est le nom du problème médical pour lequel vous consultez aujourd'hui? _____

Année _____ ou votre âge _____ lorsque sont apparus les premiers symptômes de ce problème de santé.

Année _____ ou votre âge _____ lorsque vous avez obtenu le diagnostic de ce problème de santé.

13. Combien d'années de scolarité avez-vous terminées? Veuillez encercler le nombre exact.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

14. Présentement, laquelle des situations suivantes s'applique à vous? Veuillez cocher (✓) toutes celles qui s'appliquent.

- Travail à temps plein, Travail à temps partiel, Aux études, Au foyer à temps plein, Sans emploi, À la retraite,
 Invalide, Autre (veuillez préciser) : _____ Votre emploi actuel/passé : _____

Votre : **SEXE :** Femme **GROUPE** Asiatique Hispanique Autre **ÉTAT MATRIMONIAL :** Célibataire Marié(e) Divorcé(e)
 Homme **ETHNIQUE :** Noir Blanc Veuf/Veuve Séparé(e)

RÉSERVÉ À L'USAGE DU MÉDECIN : J'ai passé en revue les réponses à ce questionnaire.

Date : _____ Signature : _____

TRÈS BIEN



TRÈS MAL

0 0,5 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10

©2022. Une initiative de l'une des principales entreprises pharmaceutiques canadiennes axées sur la recherche.
Tous droits réservés. Février 2022.

La reproduction ou la distribution du présent matériel est strictement interdite sans l'obtention d'une autorisation.

Le système MDHAQ/RAPID3, de même que tous les droits afférents aux droits d'auteur et aux marques de commerce qui y sont associés appartiennent à Theodore Pincus et sont intégrés aux présentes sous licence.