



**(QIF) – page 1****1-Êtes-vous capable de :**

(Veuillez entourer le numéro qui décrit le mieux l'état général dans lequel vous vous trouvez actuellement)

|  | Toujours | La Plupart<br>du temps | De temps en<br>temps | Jamais |
|--|----------|------------------------|----------------------|--------|
| <i>Faire les courses ?</i>                   | 0        | 1                      | 2                    | 3      |
| <i>Faire la lessive en machine ?</i>         | 0        | 1                      | 2                    | 3      |
| <i>Préparer à manger ?</i>                   | 0        | 1                      | 2                    | 3      |
| <i>Faire la vaisselle à la main ?</i>        | 0        | 1                      | 2                    | 3      |
| <i>Passer l'aspirateur ?</i>                 | 0        | 1                      | 2                    | 3      |
| <i>Faire les lits ?</i>                      | 0        | 1                      | 2                    | 3      |
| <i>Marcher plusieurs centaines de mètres</i> | 0        | 1                      | 2                    | 3      |
| <i>Aller voir des amis ou la famille ?</i>   | 0        | 1                      | 2                    | 3      |
| <i>Faire du jardinage ?</i>                  | 0        | 1                      | 2                    | 3      |
| <i>Conduire une voiture ?</i>                | 0        | 1                      | 2                    | 3      |
| <i>Monter les escaliers ?</i>                | 0        | 1                      | 2                    | 3      |

***Au cours des 7 derniers jours,******2. Combien de jours vous-êtes vous senti(e) bien ?***

0      1      2      3      4      5      6      7

*Si vous n'avez pas d'activité professionnelle, passez à la question 5****3. Combien de jours de travail avez vous manqué à cause de la fibromyalgie ?***

0      1      2      3      4      5      6      7

**4. Les jours où vous avez travaillé, les douleurs ou d'autres problèmes liés à votre fibromyalgie vous ont-ils gêné (e) dans votre travail ?**

aucune gêne

gêne très importante

***Au cours des 7 derniers jours,***

**5. Avez-vous eu des douleurs ?**

*aucune douleur*

*douleurs très importantes*

**6. Avez-vous été fatigué (e) ?**

*Pas du tout fatigué (e)*

*Extrêmement fatigué(e)*

**7. Comment vous êtes-vous senti(e) le matin au réveil ?**

*tout à fait reposé (e) au réveil*

*extrêmement fatigué (e) au réveil*

**8. Vous êtes-vous senti(e) raide ?**

*Pas du tout raide*

*Extrêmement raide*

**9. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou inquiet(e) ?**

*Pas du tout tendu(e)*

*Extrêmement tendu(e)*

**10. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?**

*Pas du tout déprimé(e)*

*Extrêmement déprimé(e)*

\*

\* \*

*L'Académie, saisie dans sa séance du mardi 16 janvier 2007, a adopté à l'unanimité le texte de ce rapport (moins une abstention).*

Pour copie certifiée conforme,  
Le Secrétaire perpétuel,

Professeur Jacques-Louis BINET