

Douleur du Rachis : Auto-questionnaire de Dallas (D.R.A.D.)

Version française validée par la Section Rachis de la S.F.R.

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F M Date : _____

A lire attentivement : ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de savoir dans quelle mesure votre vie est perturbée par votre douleur. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant vous-même les réponses. Pour chaque question, cochez en mettant une croix (X) à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue (de 0% à 100%, chaque extrémité correspondant à une situation extrême).

1. La douleur et son intensité :

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

pas du tout _____ parfois _____ tout le temps _____
0 % (_____) 100%

2. Les gestes de la vie quotidienne :

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc) ?

pas du tout (pas de douleur) _____ moyennement _____ je ne peux pas sortir du lit _____
0 % (_____) 100%

3. La possibilité de soulever quelque chose:

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?

pas du tout (comme avant) _____ moyennement _____ je ne peux rien soulever _____
0 % (_____) 100%

4. La marche :

Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?

je marche _____ presque comme _____ presque plus _____ plus du tout _____
comme avant avant
0 % (_____) 100%

5. La position assise :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?

pas du tout _____ moyennement _____ je ne peux pas rester assis(e) _____
(pas d'aggravation de la douleur)
0 % (_____) 100%

6. La position debout :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?

pas du tout _____ moyennement _____ je ne peux pas rester debout _____
(je reste debout comme avant)
0 % (_____) 100%

7. Le sommeil :

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?

pas du tout _____ moyennement _____ je ne peux pas dormir du tout _____
(je dors comme avant)
0 % (_____) 100%

Total X 3 = -----% de répercussion sur les activités quotidiennes

