

Questionnaire sur l'État Général (QEG)

Les affirmations suivantes ont pour but d'aider votre physiothérapeute afin qu'il comprenne mieux comment votre vie se trouve affectée par votre condition actuelle ou votre douleur.

N'hésitez pas à mettre de côté les questions auxquelles vous ne souhaitez pas répondre.

		En accord	En désaccord
1	Je sens qu'il y a quelque chose qui ne va vraiment pas bien avec mon corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je sens que les gens ne prennent pas ma condition assez au sérieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je souffre à cause de la négligence de quelqu'un d'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je sens que cette condition m'a affecté de façon permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Présentement, il y a beaucoup de stress incontrôlable dans ma vie. <input checked="" type="checkbox"/> Cochez tout ce qui s'applique, qui est en lien avec: <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Finances <input type="checkbox"/> Famille/social <input type="checkbox"/> Assurance/Juridique <input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Au cours du dernier mois, je me suis souvent senti déprimé, dépressif ou désespéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		En accord	En désaccord
7	Je suis confiant, j'espère que je m'améliorerai et que je reviendrai à mes activités régulières dans les prochains 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Malgré ma condition, je continue d'avoir des activités plaisantes et j'ai une vie sociale active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Je dors généralement bien et je me sens reposé lorsque je me réveille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Je suis généralement satisfait et heureux avec mon emploi actuel / mon lieu de travail / mes collègues / mon employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Je mange généralement au moins 3 portions de fruits et de légumes frais à chaque jour et je limite ma quantité de caféine à 1 consommation par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Je suis actif physiquement et je pratique des activités physiques quotidiennement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez écrire une activité importante pour vous et que vous ne parvenez pas à faire ou pour laquelle vous rencontrez des difficultés en raison de votre problème.

(ex.: jardinage, yoga, marcher le chien, jouer avec les enfants, cuisine, s'habiller, s'entraîner au gym, etc.)

.....