



QUESTIONNAIRE DE MESURE
DE L'IMPACT DE LA FIBROMYALGIE
QIF

Date :/...../.....

Nom :

Les questions qui suivent ont pour objectif de mesurer les conséquences de votre fibromyalgie sur votre santé. Les réponses que vous fournirez à ce questionnaire nous permettront de mieux connaître l'impact de votre maladie sur votre vie de tous les jours.

Merci de bien vouloir répondre à toutes les questions :

- soit en mettant **une croix X** dans la case correspondante à la **réponse choisie**.
Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.
- soit en indiquant d'**un trait** l'endroit **où vous vous situez** entre deux positions extrêmes, comme dans l'exemple ci-dessous :

Aucune
douleur



Douleurs très
importantes

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

Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia impact Questionnaire : development and validation. J Rheumatol 1991 ; 18 : 728-33.
Perrot S, Dumont D, Guillemin F, Pouchot J, Coste A and The « French Group For Quality Of Life Research ». Quality Of Life In Women With Fibromyalgia Syndrome: Validation Of The Qif, French Version Of The Fibromyalgia Impact Questionnaire. J Rheumatol. 2003; 30:1054-9.

1 • ÊTES-VOUS CAPABLE DE...

Veillez **entourer le numéro** qui décrit le mieux l'état général dans lequel vous vous trouvez actuellement.

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

.....AU COURS DE CES 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 importantes

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)



Merci d'avoir rempli ce questionnaire !

