

**Annex 1**

**Aebischer et al.**

**Self-administered retrospective pain questionnaire [French]**

**1. Actuellement, souffrez-vous d'une ou de plusieurs douleurs ressenties tous les jours?** Oui → Passez à la **question 2** Non → Passez à la partie « **Quelques questions sur votre humeur** », page 31**2. Depuis combien de temps souffrez-vous de douleur(s) ressentie(s) tous les jours?** Moins de 3 mois → Passez à la partie « **Quelques questions sur votre humeur** », page 31 3 mois ou plus → **Passez à la question 3****3. Où sont localisées la ou les douleurs dont vous souffrez tous les jours depuis 3 mois ou plus? (Plusieurs réponses possibles)**01  Au cuir chevelu02  Au visage03  À la langue04  Au cou05  À l'épaule06  À la poitrine07  Dans la partie supérieure du dos08  Dans la partie inférieure du dos09  Au bras10  Au coude11  À l'avant-bras12  Au poignet13  À la main14  À la hanche15  À l'aîne16  À la fesse17  À la cuisse18  Au genou19  À la jambe20  À la cheville21  Au pied22  Autre (précisez)

-----

**3b. Pour les jambes, les mains, les pieds, etc. les douleurs sont-elles des deux côtés?** Oui  Non**4. Si vous souffrez de plusieurs douleurs quelle est la plus gênante pour vous? (reportez le numéro de la question 3 correspondant à l'endroit du corps où la douleur est la plus gênante pour vous)****RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES EN PENSANT À LA DOULEUR LA PLUS GÊNANTE POUR VOUS.****5. Depuis combien de temps souffrez-vous de cette douleur de façon quotidienne? (une seule réponse)** Moins de 6 mois De 6 mois à 12 mois De plus d'1 an à moins de 3 ans 3 ans et plus**6. Au cours de la dernière semaine l'intensité de cette douleur a-t-elle varié? (une seule réponse)** Oui  Non

**7. Au cours de la dernière semaine : quelle a été l'intensité la plus forte?**

Cochez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable »

Pas de douleur	←—————→										Douleur Maximale imaginable
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

**8. Au cours de la dernière semaine : quelle a été l'intensité la moins forte?** Cochez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur

Pas de douleur	←—————→										Douleur Maximale imaginable
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

**9. Au cours de la dernière semaine: quelle a été en moyenne l'intensité de cette douleur?**

Cochez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur

Pas de douleur	←—————→										Douleur Maximale imaginable
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

**10. Cette douleur présente-t-elle une ou plusieurs caractéristiques suivantes?** (une seule réponse par ligne)

	Oui	Non
Brûlures.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation de froid douloureux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décharges électriques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Cette douleur est-elle associée dans une même région du corps à un ou plusieurs des symptômes suivants** (une seule réponse par ligne)

	Oui	Non
Fourmillement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picotements.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engourdissement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>