

MSQ (Questionnaire de symptômes médicaux)

Nom du patient _____ Date _____ Semaine _____

Évaluez chacun des symptômes suivants selon votre profil de santé type pendant :

- Ces 30 derniers jours Ces dernières 48 heures

- Echelle 0 - Jamais ou presque jamais présenté le symptôme
 1 - Présenté le symptôme de manière occasionnelle, effet non sévère
 2 - Présenté le symptôme de manière occasionnelle, effet sévère
 3 - Présenté le symptôme fréquemment , effet non sévère
 4 - Présenté le symptôme fréquemment , effet sévère

TETE _____ maux de tête
 _____ faiblesse
 _____ vertige
 _____ insomnie
TOTAL _____

YEUX _____ qui pleurent ou qui démangent
 _____ gonflés, rouges ou paupières collantes
 _____ poches ou cernes sous les yeux
 _____ vision floue ou rétrécissement du champ visuel
 (non inclus : mauvaise vision de loin ou de près)
TOTAL _____

OREILLES _____ démangeaisons
 _____ douleurs, infections
 _____ écoulement des oreilles
 _____ bourdonnement, perte de l'ouïe
TOTAL _____

NEZ _____ nez bouché
 _____ problèmes sinusaux
 _____ rhume des foins
 _____ crises d'éternuement
 _____ formation excessive de mucus
TOTAL _____

BOUCHE/
GORGE _____ toux chronique
 _____ besoin fréquent de se racler la gorge, étouffements
 _____ gorge sensible, enrouement, perte de voix
 _____ langue, gencives, lèvres enflées ou décolorées
 _____ aphtes
TOTAL _____

PEAU _____ acné
 _____ urticaire, rougeur, peau sèche
 _____ perte de cheveux
 _____ rougeur et chaleur
 _____ transpiration excessive
TOTAL _____

CŒUR _____ battements irréguliers
 _____ battements rapides ou saccadés
 _____ douleurs de poitrine
TOTAL _____

POUMONS	<input type="checkbox"/> congestion pulmonaire <input type="checkbox"/> asthme, bronchite <input type="checkbox"/> court d'haleine <input type="checkbox"/> difficulté de respirer	TOTAL _____
SYSTEME DIGESTIF	<input type="checkbox"/> nausées, vomissements <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> ballonnements <input type="checkbox"/> éructations, gaz <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac <input type="checkbox"/> douleurs aux intestins/ à l'estomac	TOTAL _____
ARTICULATIONS/ MUSCLES	<input type="checkbox"/> douleurs articulaires <input type="checkbox"/> arthrite <input type="checkbox"/> raideur ou limitation dans les mouvements <input type="checkbox"/> douleurs musculaires <input type="checkbox"/> sentiment de faiblesse ou de fatigue	TOTAL _____
POIDS	<input type="checkbox"/> boulimie (aliment/boisson) <input type="checkbox"/> envie irrésistible de certains aliments <input type="checkbox"/> poids excessif <input type="checkbox"/> besoin compulsif de manger <input type="checkbox"/> rétention d'eau <input type="checkbox"/> poids insuffisant	TOTAL _____
ENERGIE/ ACTIVITE	<input type="checkbox"/> fatigue, lenteur <input type="checkbox"/> apathie, léthargie <input type="checkbox"/> hyperactivité <input type="checkbox"/> agitation	TOTAL _____
SYSTEME NERVEUX	<input type="checkbox"/> mauvaise mémoire <input type="checkbox"/> confusion, mauvaise compréhension <input type="checkbox"/> difficulté de concentration <input type="checkbox"/> mauvaise coordination physique <input type="checkbox"/> difficulté à la prise de décision <input type="checkbox"/> balbutiement, bégaiement <input type="checkbox"/> élocution inarticulée <input type="checkbox"/> incapacité d'apprendre	TOTAL _____
EMOTIONS	<input type="checkbox"/> humeur changeante <input type="checkbox"/> anxiété, peur, nervosité <input type="checkbox"/> colère, irritabilité, agressivité <input type="checkbox"/> dépression	TOTAL _____
AUTRES	<input type="checkbox"/> maladies fréquentes <input type="checkbox"/> besoin d'uriner fréquent ou urgent <input type="checkbox"/> démangeaisons ou pertes génitales	TOTAL _____
TOTAL GENERAL _____		TOTAL _____