

QSM

Questionnaire des Symptômes Médicaux

Nom: Date:

Estimer chacun des symptômes suivants pour la période des 30 derniers jours

Échelle de points : 0 = jamais ou presque jamais 1 = de temps en temps, mais peu intense
 2 = de temps en temps, mais intense 3 = souvent mais peu intense 4 = souvent et intense

Tête	_____	maux de tête
	_____	sensations d'évanouissement
	_____	vertiges
	_____	insomnies
Total	_____	

Yeux	_____	qui pleurent ou qui chatouillent
	_____	gonflés, paupières rouges ou « collantes »
	_____	poches ou cernes sous les yeux
	_____	vue trouble ou en tunnel (n'inclut pas, de près ou de loin, les problèmes de malvoyance)
Total	_____	

Oreilles	_____	qui démangent / qui chatouillent
	_____	douleurs ou infections
	_____	écoulement
	_____	acouphènes (bruits dans les oreilles) ou diminution de l'audition
Total	_____	

Nez	_____	bouché
	_____	problème de sinus
	_____	rhume de foins
	_____	crises d'éternuement
	_____	formation excessive de mucus
Total	_____	

Bouche / Gorge	_____	toux chronique
	_____	besoin fréquent de se nettoyer la gorge
	_____	maux de gorge, voix enrouée, perte de voix
	_____	gonflement ou modification de couleur de la langue, des gencives ou des lèvres
	_____	aphtes
Total	_____	

Cœur	_____	pouls irrégulier / qui "saute"
	_____	qui bat trop vite
	_____	douleur à la poitrine
Total	_____	

Poumons	_____	sifflements
	_____	asthme, bronchite
	_____	essoufflé
	_____	difficulté à respirer
Total	_____	

Tube digestif	_____	nausée, vomissement
	_____	diarrhée
	_____	constipation
	_____	sensation de ballonnement
	_____	éructation, renvois, gaz
	_____	douleur d'estomac ou intestinale
	_____	brûlure d'estomac
Total	_____	

Muscles / articulations	_____	douleur dans les articulations
	_____	arthrite
	_____	raideur ou limitation de mouvement
	_____	douleur musculaire
	_____	sensation de faiblesse ou de fatigue
Total	_____	

Poids	_____	envie de manger ou de boire
	_____	attirance +++ pour certains aliments
	_____	poids excessif
	_____	compulsion alimentaire
	_____	rétenion d'eau
	_____	poids insuffisant
Total	_____	

QSM

Questionnaire des Symptômes Médicaux

Peau _____ acné
_____ plaques qui chatouillent, éruption, peau sèche
_____ perte de cheveux
_____ rougeurs, bouffées de chaleur
_____ transpiration excessive

Total _____

Énergie / activité _____ fatigue, mou / molle, lent(e)
_____ apathie, léthargie
_____ hyperactivité
_____ agité, tourmenté

Total _____

Émotions _____ humeur fluctuante
_____ anxiété, peur, nervosité
_____ colère, irritabilité, agressivité
_____ dépression

Total _____

Cerveau _____ mauvaise mémoire
_____ confusion, mauvaise compréhension
_____ mauvaise concentration
_____ mauvaise coordination physique
_____ difficulté à prendre des décisions
_____ bégaiement ou chercher ses mots
_____ difficultés d'élocution
_____ difficultés d'apprentissage

Total _____

Autres _____ maladies fréquentes
_____ mictions urinaires fréquentes et urgences mictionnelles
_____ démangeaisons génitales ou pertes

Total _____

Score QSM _____

(Haut > 50 ; modéré 15-49 ; bas < 14)

OBSERVATIONS

Le Questionnaire des Symptômes Médicaux (QSM) est un outil clinique pour l'évaluation des symptômes physiques généraux. Un score total au-dessus de 75 est généralement associé à une symptomatologie substantielle et une infirmité ; un score en-dessous de 30 indique peu de symptômes ou des symptômes de faible intensité