

# 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

<b>Tête</b>	<input type="checkbox"/> maux de tête <input type="checkbox"/> sensations d'évanouissement <input type="checkbox"/> vertiges <input type="checkbox"/> insomnies
<b>Total</b>	_____
<b>Yeux</b>	<input type="checkbox"/> qui pleurent ou qui chatouillent <input type="checkbox"/> gonflés, paupières rouges ou « collantes » <input type="checkbox"/> poches ou cernes sous les yeux <input type="checkbox"/> vue trouble ou en tunnel (n'inclut pas, de près ou de loin, les problèmes de malvoyance)
<b>Total</b>	_____
<b>Oreilles</b>	<input type="checkbox"/> qui démangent / qui chatouillent <input type="checkbox"/> douleurs ou infections <input type="checkbox"/> écoulement <input type="checkbox"/> acouphènes (bruits dans les oreilles) ou diminution de l'audition
<b>Total</b>	_____
<b>Nez</b>	<input type="checkbox"/> bouché <input type="checkbox"/> problème de sinus <input type="checkbox"/> rhume de foins <input type="checkbox"/> crises d'éternuement <input type="checkbox"/> formation excessive de mucus
<b>Total</b>	_____
<b>Bouche / Gorge</b>	<input type="checkbox"/> toux chronique <input type="checkbox"/> besoin fréquent de se nettoyer la gorge <input type="checkbox"/> maux de gorge, voix enrouée, perte de voix <input type="checkbox"/> gonflement ou modification de couleur de la langue, des gencives ou des lèvres <input type="checkbox"/> aphtes
<b>Total</b>	_____

<b>Cœur</b>	<input type="checkbox"/> pouls irrégulier / qui "saute" <input type="checkbox"/> qui bat trop vite <input type="checkbox"/> douleur à la poitrine
<b>Total</b>	_____
<b>Poumons</b>	<input type="checkbox"/> sifflements <input type="checkbox"/> asthme, bronchite <input type="checkbox"/> essoufflé <input type="checkbox"/> difficulté à respirer
<b>Total</b>	_____
<b>Tube digestif</b>	<input type="checkbox"/> nausée, vomissement <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> sensation de ballonnement <input type="checkbox"/> éructation, renvois, gaz <input type="checkbox"/> douleur d'estomac ou intestinale <input type="checkbox"/> brûlure d'estomac
<b>Total</b>	_____
<b>Muscles / articulations</b>	<input type="checkbox"/> douleur dans les articulations <input type="checkbox"/> arthrite <input type="checkbox"/> raideur ou limitation de mouvement <input type="checkbox"/> douleur musculaire <input type="checkbox"/> sensation de faiblesse ou de fatigue
<b>Total</b>	_____
<b>Poids</b>	<input type="checkbox"/> envie de manger ou de boire <input type="checkbox"/> attirance +++ pour certains aliments <input type="checkbox"/> poids excessif <input type="checkbox"/> compulsions alimentaires <input type="checkbox"/> rétention d'eau <input type="checkbox"/> poids insuffisant
<b>Total</b>	_____

# 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