

# SYMPTOM SCREEN

Veillez encercler le chiffre qui décrit le mieux comment chaque fonction a été touchée par la sclérose en plaques (SP). Par exemple, s'il vous faut plus de temps pour taper ou texter, vous pourriez évaluer la fonction de votre main comme ayant une « limitation légère » (encercler « 2 »), mais si vous avez complètement renoncé à taper, vous pourriez l'évaluer comme ayant une « limitation grave » (encercler « 4 »).

	0 – Aucune limitation	1 – Limitation très légère/Je fais des ajustements mineurs	2 – Limitation légère/Je fais des ajustements fréquents	3 – Limitation modérée/J'ai réduit mes activités quotidiennes	4 – Limitation grave/J'ai renoncé à certaines activités	5 – Limitation très grave/Je suis incapable d'accomplir de nombreuses activités quotidiennes	6 – Limitation complète/Je suis incapable d'accomplir la plupart des activités quotidiennes
<b>Marcher</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Fonction de la main/dextérité</b> Mauvaise coordination des mains, tremblements	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Spasticité et raideurs</b> Crampes ou tensions musculaires	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Douleur corporelle</b> Douleurs musculo-squelettiques, sensibilité au toucher	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Symptômes sensoriels</b> Sensation d'engourdissement, de picotement ou de brûlure	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Contrôle de la vessie</b> Besoin pressant ou fréquent d'uriner	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Fatigue</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Vision</b> Vision floue, vision double	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>



# SYMPTOM SCREEN

	0 – Aucune limitation	1 – Limitation très légère/Je fais des ajustements mineurs	2 – Limitation légère/Je fais des ajustements fréquents	3 – Limitation modérée/J'ai réduit mes activités quotidiennes	4 – Limitation grave/J'ai renoncé à certaines activités	5 – Limitation très grave/Je suis incapable d'accomplir de nombreuses activités quotidiennes	6 – Limitation complète/Je suis incapable d'accomplir la plupart des activités quotidiennes
<b>Étourdissements</b> Troubles de l'équilibre, sensation de « tête qui tourne »/vertige	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Fonction cognitive</b> Troubles de la mémoire, problèmes de concentration	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Dépression</b> Pensées déprimantes, moral bas	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Anxiété</b> Sentiments de stress; crises de panique	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

