

## S. D. Q. - 20

Ce questionnaire interroge sur différents symptômes physiques que vous auriez pu avoir durant une période plus ou moins longue.

Nous vous demandons d'indiquer dans quelle mesure ces symptômes apparaissent chez vous ou sont apparus durant l'année écoulée.

Pour chaque affirmation, veuillez entourer d'un cercle le nombre de la première colonne qui correspond à la réponse qui s'applique le plus à vous.

Les possibilités sont :

1 = ceci ne m'est pas du tout applicable

2 = ceci m'est un petit peu applicable

3 = ceci m'est modérément applicable

4 = ceci m'est certainement applicable

5 = ceci m'est tout à fait applicable

Si un symptôme vous est applicable, veuillez indiquer si ce symptôme a été mis en relation avec une maladie physique par un médecin. Vous pouvez indiquer ceci en encerclant le mot 'oui' ou 'non' dans la colonne 'la cause physique est-elle connue?'. Si vous avez écrit 'oui', veuillez écrire la cause physique (si vous la connaissez) sur les pointillés.

Exemple	Mesure dans laquelle ce symptôme vous est applicable	Est-ce que la cause physique est connue ?
---------	--	---

Il m'arrive parfois de

Claquer des dents	1 2 3 4 5	Non Oui il s'agit de.....
-------------------	-----------	---------------------------

Avoir des crampes dans les mollets	1 2 3 4 5	Non Oui il s'agit de .....
------------------------------------	-----------	----------------------------

Si vous avez encerclé '1' (pas du tout applicable à moi) dans la première colonne, vous ne devez pas répondre à la deuxième question (sur la connaissance de la cause physique).

Par contre, il est nécessaire de remplir la deuxième colonne si vous répondez 2 3 4 5).

Veuillez vous assurer de n'avoir omis aucune des 20 questions.

Merci pour votre participation.

Voici les questions :

- 1 = ceci ne m'est pas du tout applicable
- 2 = ceci m'est un petit peu applicable
- 3 = ceci m'est modérément applicable
- 4 = ceci m'est certainement applicable
- 5 = ceci m'est tout à fait applicable

Il m'arrive parfois de :	Mesure dans laquelle ce symptôme vous est d'applicable pour vous	Est-ce que la cause physique est connue ?
1. Avoir des difficultés à uriner Oui.....	1 2 3 4 5	Non
2. Etre dégoûté d'aliments que j'aime bien en temps normal (pour les femmes en dehors des périodes de grossesse ou de menstruation) Oui.....	1 2 3 4 5	Non
3. Entendre des sons à proximité alors qu'ils viennent de loin. Oui.....	1 2 3 4 5	Non
4. Avoir mal lorsque j'urine	1 2 3 4 5	Non Oui.....
5. Avoir la sensation que mon corps ou une partie de mon corps est comme engourdi Oui.....	1 2 3 4 5	Non
6. Avoir l'impression que les gens et les objets paraissent plus grands. Oui.....	1 2 3 4 5	Non
7. Avoir des attaques qui ressemblent à des crises d'épilepsie	1 2 3 4 5	Non Oui.....
8. Ressentir que mon corps ou une partie de mon corps est insensible à la douleur Oui.....	1 2 3 4 5	Non
9. Etre dégoûté(e) d'odeurs que d'habitude j'aime bien. Oui.....	1 2 3 4 5	Non
10. Ressentir de la douleur		

- dans mes parties génitales  
(en dehors des rapports sexuels) 1 2 3 4 5 Non  
Oui.....
11. Ne pas pouvoir entendre  
pendant un petit temps  
(comme si j'étais sourd(e)). 1 2 3 4 5 Non  
Oui.....
12. Ne pas voir pendant un petit  
temps (comme si j'étais aveugle) 1 2 3 4 5 Non  
Oui.....
13. Voir des choses autour de moi  
différemment que d'habitude  
(par exemple comme si je voyais  
à travers un tunnel ou que je ne  
voyais qu'une petite partie d'un  
objet). 1 2 3 4 5 Non Oui.....
14. Etre bien mieux ou bien moins  
capable de sentir des odeurs  
que d'habitude (alors que je  
ne suis pas enrhumé(e)). 1 2 3 4 5 Non  
Oui.....
15. Avoir l'impression que mon  
corps ou une partie de mon  
corps avait disparu. 1 2 3 4 5 Non  
Oui.....
16. Ne pas pouvoir avaler (ou  
seulement avec beaucoup  
d'efforts). 1 2 3 4 5 Non  
Oui.....
17. Ne pas arriver à dormir  
pendant des nuits, tout en  
restant actif durant la journée. 1 2 3 4 5 Non  
Oui.....
18. Ne pas pouvoir parler (ou  
seulement avec beaucoup  
d'efforts) ou ne pas pouvoir  
chuchoter. 1 2 3 4 5 Non Oui.....
19. Etre temporairement  
paralysé. 1 2 3 4 5 Non  
Oui.....
20. Me raidir temporairement 1 2 3 4 5 Non  
Oui.....

Avant de continuer, pouvez-vous s'il vous plait vérifiez que vous avez répondu à toutes les 20 questions ?

Veillez remplir et mettre une croix pour les choses qui vous applicables.

21. Age : ..... ans

