

The Keele STarT Back Screening Tool

Nom du patient: _____ Date: _____

Cochez la case en fonction de votre accord ou désaccord aux affirmations suivantes en vous référant à ces 2 dernières semaines :

| | Pas d'accord | D'accord |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, mon mal de dos s'est propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s) . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, j'ai eu mal à l'épaule ou au cou . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Je n'ai parcouru à pied que de courtes distances à cause de mon mal de dos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Au cours des 2 dernières semaines, je me suis habillé(e) plus lentement que d'habitude à cause de mon mal de dos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Il n'est pas vraiment prudent pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Je considère que mon mal de dos est épouvantable et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 De manière générale, je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné **au cours des 2 dernières semaines**?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

Score total (les 9 items): _____ **Sous-Score (Items 5-9):** _____

The STarT Back Tool Scoring System

