

Nom :	Étiquettes du patient
Prénom :	
Date de naissance :	
Service :	
Hôpital/Centre MPR :	
Examineur :	
Date du jour :	

## *Sickness Impact Profile (SIP)*

Il présente le même problème de “droit d’auteur” (pour le calcul des scores) que la SF-36. C’est un test d’auto-appréciation (seul) où l’examineur peut se tenir à proximité pour fournir des explications. Il est long, 136 items, auxquels on répond de manière binaire par Vrai/Faux. Les items sont regroupés en 12 rubriques pour lesquels on compte le nombre de V/F.

	VRAI	FAUX
1 Je passe la plus grande partie de la journée couché pour me reposer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Je reste beaucoup assis pendant la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Je dors ou je sommeille la plupart du temps, nuit et jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Je me couche plus souvent pendant la journée pour me reposer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Je reste assis somnolent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 La nuit je dors moins : soit parce que je me réveille trop tôt, soit que je tarde à m’endormir, ou que je me réveille souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Pendant la journée, je dors plus ou je fais plus souvent la sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	VRAI	FAUX
1 Je me trouve difficile à vivre ou inutile, je suis un fardeau pour les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Je ris et je pleure soudain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Il m’arrive souvent de gémir et me plaindre de mes souffrances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 J’ai fait une tentative de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Je suis nerveux ou instable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Je frotte ou je touche tout le temps les parties de mon corps qui me font mal ou me gênent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Je me montre irrité ou impatient contre moi-même : par exemple je dis du mal de moi-même, je jure contre moi-même, je me fais des reproches quand il se passe quelque chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Je parle sans espoir de l’avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 J’ai des peurs soudaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



		VRAI	FAUX
1	Je fais des mouvements difficiles avec de l'aide, comme par exemple : monter dans une voiture, entrer et sortir du bain...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je ne peux me coucher ou m'asseoir, ou me lever par mes propres moyens, mais avec l'aide de quelqu'un ou d'un appareil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je ne reste debout que peu de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je perds l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Je suis limité ou gêné pour bouger mes mains ou mes doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Je ne me mets debout qu'avec l'aide de quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Je ne peux m'agenouiller, me pencher en avant ou me baisser que si je me tiens à quelque chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Je me sens continuellement limité physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Je suis très maladroit de mon corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	J'entre et je sors de mon lit, je m'assieds et me lève en m'agrippant à quelque chose ou en utilisant une canne, ou un déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Je reste couché la plupart du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Je change souvent de position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Je me retiens à quelque chose pour me retourner dans mon lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Je ne me baigne pas entièrement tout seul, j'ai besoin que l'on m'assiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Je ne me baigne pas du tout : c'est quelqu'un d'autre qui me donne mon bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	J'ai besoin que l'on m'aide pour le bassin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	J'ai du mal à mettre mes chaussures ou mes chaussettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Je ne contrôle pas ma vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Je ne boutonne pas mes vêtements : j'ai par exemple besoin d'aide pour les boutons, les fermetures éclair et les lacets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Je passe la plupart du temps à moitié habillé ou en pyjama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Je ne contrôle pas mes intestins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Je m'habille tout seul, mais très lentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Je ne peux m'habiller qu'avec l'aide de quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ce groupe de remarques portent sur les occupations à la maison ou dans le jardin que vous avez l'habitude d'effectuer, en ne tenant compte que des choses que vous faites, cochez les réponses dont vous êtes **sûr** qu'elles correspondent à ce que vous faites **aujourd'hui** et qui sont liées à votre état de santé.

	VRAI	FAUX
1 J'ai des occupations à la maison mais seulement pendant de courtes durées ou bien je me repose souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Je m'occupe moins à la maison que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Je ne m'occupe pas du tout à la maison, contrairement à mon habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Je ne participe pas du tout au ménage, à l'ordre ou au bricolage que je fais habituellement à la maison ou le jardin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Je ne fais pas du tout les courses que je ferais habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Je ne fais pas du tout les activités que j'ai l'habitude de faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 J'ai du mal à me servir de mes mains, comme par exemple : ouvrir un robinet, utiliser les ustensiles de cuisine, scier, faire de la menuiserie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Je ne m'occupe plus du tout de mon linge personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Je ne fais pas de travaux pénibles dans la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Je ne m'intéresse plus à mes affaires courantes personnelles (argent de poche par exemple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	VRAI	FAUX
1 Je ne me déplace qu'à l'intérieur de mon immeuble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Je ne sors pas de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Je passe plus de temps au lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Je reste couché la plus grande partie de la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 En ce moment, je n'utilise pas les transport publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Je reste presque tout le temps à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Je ne vais que dans les endroits où je sais que l'on peut se reposer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Je ne vais pas en ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Je ne quitte la maison que pour de courtes périodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Je ne me déplace pas dans le noir ou dans des endroits non éclairés sans l'aide de quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		VRAI	FAUX
1	Je vais moins souvent voir des copains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je ne vais jamais en visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je manifeste moins d'intérêt pour les problèmes des autres, par exemple : je ne les écoute pas quand ils me parlent, je ne propose pas de les aider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je me montre irritable avec ceux qui m'entourent, par exemple : je leur réponds durement, je les critique sans arrêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Je donne moins de marques d'affection (à mon entourage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	J'ai moins d'activités de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	J'écourte mes visites chez mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	J'évite que l'on me rende visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Mon intérêt pour la sexualité a diminué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	J'exprime souvent mes préoccupations sur ma santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Je parle moins à mon entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Je réclame beaucoup de choses, par exemple : que les gens fassent des choses pour moi, je leur dis comment il faut faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Je reste seul la plupart du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Je me montre désagréable avec les membres de ma famille, par exemple : je suis rancunier avec eux et obstiné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Je me montre désagréable avec les membres de ma famille, par exemple : je les frappe, je crie, je leur jette des choses à la figure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	J'essaie de m'isoler le plus possible des autres membres de ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Je suis moins attentif avec mes frères et sœurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Je refuse le contact avec les membres de la famille, par exemple : je mets de la distance entre eux et moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Je ne m'occupe pas comme d'habitude de mes frères et sœurs ou de ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Je ne plaisante pas en famille comme d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		VRAI	FAUX
1	Je marche sur des distances plus courtes ou je m'arrête souvent pour me reposer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je ne monte ni ne descend des côtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je n'emprunte les escaliers qu'avec une aide mécanique, comme par exemple : une rampe, une canne, des béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je ne monte et descends les escaliers qu'avec l'aide de quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Je me déplace dans une chaise roulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Je ne marche pas du tout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Je marche seul, mais avec difficulté, par exemple : en boitant, trébuchant, les jambes raides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Je ne marche qu'avec l'aide de quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Je monte et descends les escaliers plus lentement, par exemple : marche par marche, je m'arrête souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Je n'emprunte jamais les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Je me déplace qu'à l'aide d'un déambulateur, des béquilles, d'une canne en me tenant aux murs ou aux meubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Je marche plus lentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		VRAI	FAUX
1	Je suis confus et commence plusieurs choses en même temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je suis plus sujet à des petits accidents, par exemple : je laisse tomber des choses, je trébucher et tombe, je me cogne contre les objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je réagis lentement à ce qu'on dit ou à ce qu'on fait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je ne termine pas ce que je commence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	J'ai de la difficulté à raisonner et à résoudre les problèmes, par exemple : faire des projets, prendre des décisions, apprendre de nouvelles choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Je me comporte parfois comme si j'étais confus ou désorienté dans l'espace et dans le temps, comme par exemple : de savoir où je suis, qui est là, quelle direction prendre, quel jour on est	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	J'oublie beaucoup de choses, par exemple : ce qui s'est passé récemment, où j'ai mis mes affaires, quand sont mes rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Je ne peux pas maintenir mon attention sur quelque chose pendant longtemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Je fais plus d'erreurs que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	J'ai du mal à faire des choses qui exigent de la concentration et de la réflexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	VRAI	FAUX
1 J'ai de la difficulté à écrire ou à taper à la machine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Je communique surtout par gestes, par exemple : en remuant la tête, montrant du doigt ou en utilisant un langage gestuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Seules quelques personnes qui me connaissent bien comprennent ce que je dis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Je contrôle mal ma voix quand je parle, par exemple : je parle plus fort ou moins fort, ma voix tremble, change brusquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Je n'écris jamais sinon pour signer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Je ne mène une conversation que si la personne est très près de moi, ou si je la regarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 J'ai de la difficulté à parler, par exemple : je m'embrouille, je bégaie, je bredouille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 On me comprend difficilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Je ne m'exprime pas clairement quand je suis stressé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pensez maintenant au travail que vous faites et cochez seulement les réponses dont vous êtes sûr qu'elles sont vraies pour vous aujourd'hui et qu'elles sont liées à votre état de santé. (Si ce jour est un jour férié, un samedi ou un dimanche, veuillez répondre comme si nous étions un jour de semaine).

	VRAI	FAUX
1 Je ne travaille pas du tout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu VRAI, passez à la page suivante.

2 Je fais une partie de mon travail à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Je ne suis pas aussi efficace que d'habitude dans mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Je me trouve souvent irritable avec mes copains, par exemple : je les rabroue, leur réponds durement, les critique facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Mon temps de travail est écourté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Je ne m'occupe que de travaux faciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Je ne reste pas longtemps sur mon travail ou je fais souvent des pauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Je travaille dans mon lycée ou collège habituel, mais avec quelques changements, comme par exemple : j'utilise un autre matériel ou un matériel spécial, j'échange mon travail avec d'autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Je ne travaille pas aussi soigneusement et précisément que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cette section porte sur vos activités de loisirs habituelles. Ce sont des activités que vous pouvez faire pour vous détendre, pour passer le temps ou vous amuser.

		VRAI	FAUX
1	Je passe moins de temps à mes loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je fais moins de sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je passe moins de temps à mes loisirs non actifs comme la télévision, les cartes, la lecture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je ne m'adonne plus du tout à mes loisirs non actifs comme la télévision, les cartes, la lecture contrairement à mon habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Je consacre plus de temps à mes loisirs inactifs qu'à mes loisirs actifs habituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Je participe moins aux activités communautaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	J'ai restreint mes loisirs ou activités physiques habituelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Je ne fais pas du tout mes activités ou loisirs physiques habituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		VRAI	FAUX
1	Je mange beaucoup moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je mange de façon autonome, mais seulement des plats spécialement préparés à l'aide d'ustensiles spéciaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je mange des plats spéciaux ou différents, par exemple : des aliments en purée, de régime sans sucre ou sans sel, peu gras ou peu sucré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je ne mange pas du tout d'aliment solide et n'ingère que des liquides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Pendant les repas, je ne fais que grignoter et je sélectionne mes aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Je bois moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Je me nourris avec l'aide de quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Je ne me nourris pas du tout moi-même : on doit me nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Je ne mange rien du tout, on me nourrit par gavage (aliment liquide par sonde de gavage gastrique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

