

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

Échelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Évaluation des Lombalgies (E.I.F.E.L.)

Nous aimerions connaître les répercussions de votre douleur lombaire sur votre capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne.

Si vous êtes cloué au lit par votre douleur lombaire, cochez cette case et arrêtez-vous là .

En revanche, si vous pouvez vous lever et rester debout au moins quelques instants, répondez au questionnaire qui suit.

Une liste de phrases vous est proposée. Ces phrases décrivent certaines difficultés à effectuer une activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire.

Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit l'état dans lequel vous êtes aujourd'hui à cause de votre douleur lombaire.

Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte aujourd'hui, cochez-la. Souvenez-vous bien de ne pas cocher uniquement les phrases qui s'appliquent à vous-même aujourd'hui. Score sur 24, comptez un point par case cochée. Incapacité maximale si 24 points.

1	Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos	<input type="checkbox"/>
2	Je change souvent de position pour soulager mon dos	<input type="checkbox"/>
3	Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos	<input type="checkbox"/>
4	À cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison	<input type="checkbox"/>
5	À cause de mon dos, je m'aide à la rampe pour monter les escaliers	<input type="checkbox"/>
6	À cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer	<input type="checkbox"/>
7	À cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil	<input type="checkbox"/>
8	À cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place	<input type="checkbox"/>
9	À cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude	<input type="checkbox"/>
10	Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos	<input type="checkbox"/>
11	À cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni m'agenouiller	<input type="checkbox"/>
12	À cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise	<input type="checkbox"/>
13	J'ai mal au dos la plupart du temps	<input type="checkbox"/>
14	À cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit	<input type="checkbox"/>
15	J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos	<input type="checkbox"/>
16	À cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collant)	<input type="checkbox"/>
17	Je ne peux marcher que sur des courtes distances à cause de mon mal de dos	<input type="checkbox"/>
18	Je dors moins à cause de mon mal de dos	<input type="checkbox"/>
19	À cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller	<input type="checkbox"/>
20	À cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée	<input type="checkbox"/>
21	À cause de mon dos, j'évite de faire des gros travaux à la maison	<input type="checkbox"/>
22	À cause de mon dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens	<input type="checkbox"/>
23	À cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude	<input type="checkbox"/>
24	À cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps	<input type="checkbox"/>
Score total / 24		<input type="text"/>

