

Questionnaire douleur de Saint-Antoine (QDSA)

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez en général.

Sélectionnez les qualificatifs qui correspondent à ce que vous ressentez. Dans chaque groupe de mots, choisir le mot le plus exact. Précisez la réponse en donnant au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4 selon le code suivant :

- 0 absent / pas du tout
- 1 faible / un peu
- 2 modéré / moyennement
- 3 fort / beaucoup
- 4 extrêmement fort / extrêmement

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| A | <input type="checkbox"/> | Battements | H | <input type="checkbox"/> | Picotements | |
| | <input type="checkbox"/> | Pulsations | | <input type="checkbox"/> | Fourmillements | |
| | <input type="checkbox"/> | Elancements | | <input type="checkbox"/> | Démangeaisons | |
| | <input type="checkbox"/> | En éclairs | | <input type="checkbox"/> | Engourdissement | |
| | <input type="checkbox"/> | Décharges électriques | | <input type="checkbox"/> | Lourdeur | |
| | <input type="checkbox"/> | Coups de marteau | | <input type="checkbox"/> | Sourde | |
| B | <input type="checkbox"/> | Rayonnante | J | <input type="checkbox"/> | Fatigante | |
| | <input type="checkbox"/> | Irradiation | | <input type="checkbox"/> | Epuisante | |
| C | <input type="checkbox"/> | Piqûre | | <input type="checkbox"/> | Ereintante | |
| | <input type="checkbox"/> | Coupure | K | <input type="checkbox"/> | Nauséuse | |
| | <input type="checkbox"/> | Pénétrante | | <input type="checkbox"/> | Suffocante | |
| | <input type="checkbox"/> | Transperçante | | <input type="checkbox"/> | Syncopale | |
| | <input type="checkbox"/> | Coup de poignard | | L | <input type="checkbox"/> | Inquiétante |
| D | <input type="checkbox"/> | Pincement | <input type="checkbox"/> | | Oppressante | |
| | <input type="checkbox"/> | Serrement | <input type="checkbox"/> | | Angoissante | |
| | <input type="checkbox"/> | Compression | M | | <input type="checkbox"/> | Harcelante |
| | <input type="checkbox"/> | Ecrasement | | | <input type="checkbox"/> | Obsédante |
| | <input type="checkbox"/> | En étau | | <input type="checkbox"/> | Cruelle | |
| | <input type="checkbox"/> | Broiement | | <input type="checkbox"/> | Torturante | |
| E | <input type="checkbox"/> | Tiraillement | | <input type="checkbox"/> | Suppliciante | |
| | <input type="checkbox"/> | Etirement | | N | <input type="checkbox"/> | Gênante |
| | <input type="checkbox"/> | Distension | <input type="checkbox"/> | | Désagréable | |
| | <input type="checkbox"/> | Déchirure | <input type="checkbox"/> | | Pénible | |
| | <input type="checkbox"/> | Torsion | <input type="checkbox"/> | | Insupportable | |
| | <input type="checkbox"/> | Arrachement | O | | <input type="checkbox"/> | Enervante |
| F | <input type="checkbox"/> | Chaleur | | | <input type="checkbox"/> | Exaspérante |
| | <input type="checkbox"/> | Brûlure | | <input type="checkbox"/> | Horripilante | |
| G | <input type="checkbox"/> | Froid | P | <input type="checkbox"/> | Déprimante | |
| | <input type="checkbox"/> | Glace | | <input type="checkbox"/> | Suicidaire | |