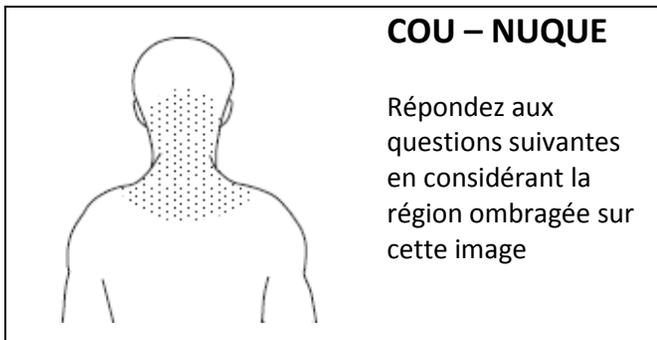
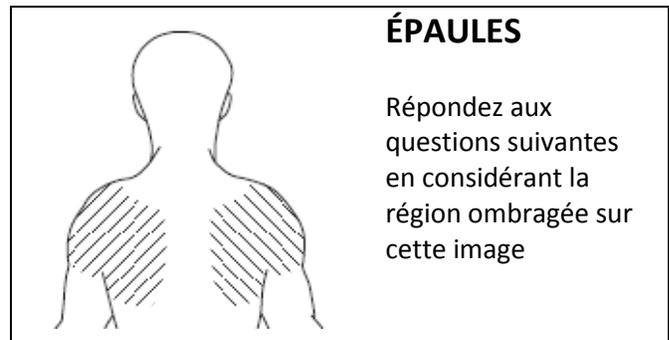


Questionnaire de dépistage des symptômes musculo-squelettiques chez les adolescents

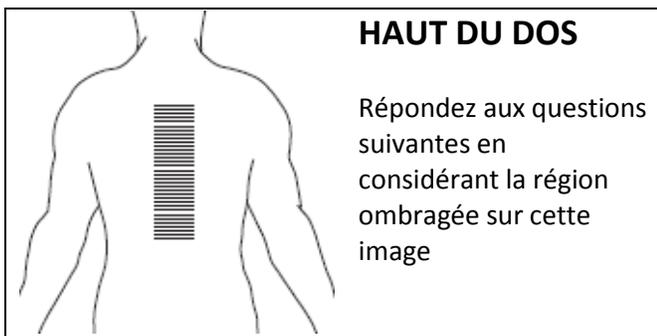
Teen Nordic Musculoskeletal Screening Questionnaire (TNMQ-S)



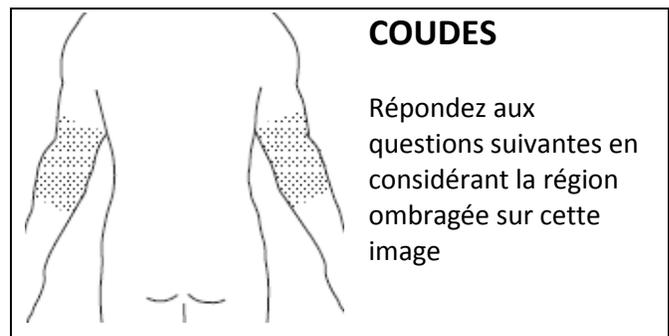
1. Avez-vous ressenti des symptômes (douleur, élancement, gêne, inconfort) au **COU** et/ou à la **NUQUE** au courant des **6 derniers mois** ?
Oui Non **si non, passez à ÉPAULES**
2. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous manqué une/des journées d'école ou de travail en raison de ce problème?
Oui Non
3. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous été contraint à réduire vos activités (sports et loisirs, etc.) en raison de ce problème?
Oui Non



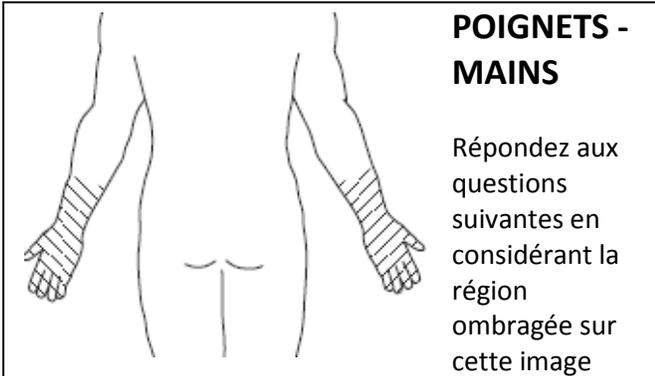
4. Avez-vous ressenti des symptômes (douleur, élancement, gêne, inconfort) aux **ÉPAULES** au courant des **6 derniers mois** ?
Oui Non **si non, passez à HAUT DU DOS**
5. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous manqué une/des journées d'école ou de travail en raison de ce problème?
Oui Non
6. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous été contraint à réduire vos activités (sports et loisirs, etc.) en raison de ce problème?
Oui Non



7. Avez-vous ressenti des symptômes (douleur, élancement, gêne, inconfort) au **HAUT DU DOS** au courant des **6 derniers mois** ?
Oui Non **si non, passez à COUDES**
8. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous manqué une/des journées d'école ou de travail en raison de ce problème?
Oui Non
9. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous été contraint à réduire vos activités (sports et loisirs, etc.) en raison de ce problème?
Oui Non



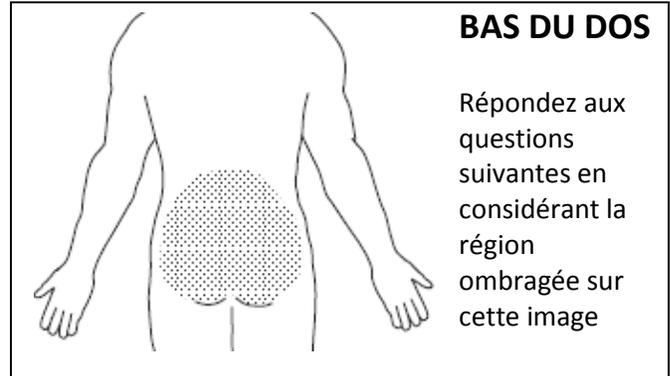
10. Avez-vous ressenti des symptômes (douleur, élancement, gêne, inconfort) aux **COUDES** au courant des **6 derniers mois** ?
Oui Non **si non, passez à POIGNETS-MAINS (prochaine page)**
11. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous manqué une/des journées d'école ou de travail en raison de ce problème?
Oui Non
12. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous été contraint à réduire vos activités (sports et loisirs, etc.) en raison de ce problème?
Oui Non



POIGNETS - MAINS

Répondez aux questions suivantes en considérant la région ombragée sur cette image

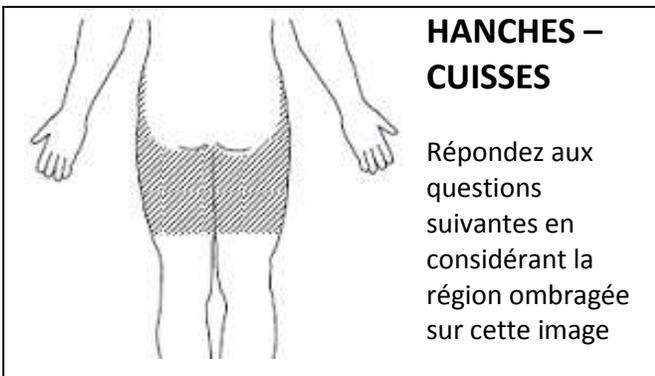
13. Avez-vous ressenti des symptômes (douleur, élancement, gêne, inconfort) aux **POIGNETS** et/ou aux **MAINS** au courant des **6 derniers mois** ?
 Oui Non **si non, passez à BAS DU DOS**
14. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous manqué une/des journées d'école ou de travail en raison de ce problème?
 Oui Non
15. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous été contraint à réduire vos activités (sports et loisirs, etc.) en raison de ce problème?
 Oui Non



BAS DU DOS

Répondez aux questions suivantes en considérant la région ombragée sur cette image

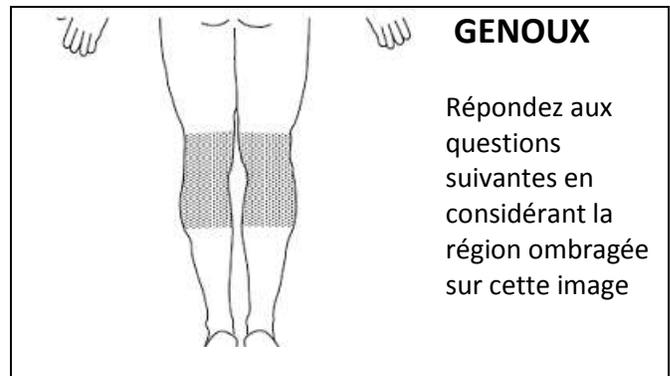
16. Avez-vous ressenti des symptômes (douleur, élancement, gêne, inconfort) au **BAS DU DOS** au courant des **6 derniers mois** ?
 Oui Non **si non, passez à HANCHES - CUISSSES**
17. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous manqué une/des journées d'école ou de travail en raison de ce problème?
 Oui Non
18. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous été contraint à réduire vos activités (sports et loisirs, etc.) en raison de ce problème?
 Oui Non



HANCHES - CUISSSES

Répondez aux questions suivantes en considérant la région ombragée sur cette image

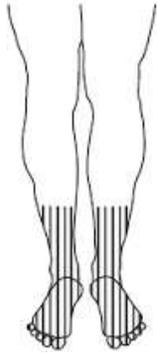
19. Avez-vous ressenti des symptômes (douleur, élancement, gêne, inconfort) aux **HANCHES** et/ou aux **CUISSSES** au courant des **6 derniers mois** ?
 Oui Non **si non, passez à GENOUX**
20. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous manqué une/des journées d'école ou de travail en raison de ce problème?
 Oui Non
21. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous été contraint à réduire vos activités (sports et loisirs, etc.) en raison de ce problème?
 Oui Non



GENOUX

Répondez aux questions suivantes en considérant la région ombragée sur cette image

22. Avez-vous ressenti des symptômes (douleur, élancement, gêne, inconfort) aux **GENOUX** au courant des **6 derniers mois** ?
 Oui Non **si non, passez à CHEVILLES-PIEDS (prochaine page)**
23. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous manqué une/des journées d'école ou de travail en raison de ce problème?
 Oui Non
24. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous été contraint à réduire vos activités (sports et loisirs, etc.) en raison de ce problème?
 Oui Non



CHEVILLES - PIEDS

Répondez aux questions suivantes en considérant la région ombragée sur cette image

25. Avez-vous ressenti des symptômes (douleur, élancement, gêne, inconfort) aux **CHEVILLES** et/ou aux **PIEDS** au courant des **6 derniers mois** ?
Oui Non **si non, vous avez terminé**
26. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous manqué une/des journées d'école ou de travail en raison de ce problème?
Oui Non
27. Au courant des **6 derniers mois** : avez-vous été contraint à réduire vos activités (sports et loisirs, etc.) en raison de ce problème?
Oui Non