

NOM :
DATE :

QUESTIONNAIRE DES TROUBLES DIGESTIFS (GIQLI)

1. Durant les 15 derniers jours, vous avez eu mal au ventre :

toujours	la plupart du temps	quelques fois	rarement	jamais
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

2. Durant les 15 derniers jours, vous avez eu la sensation d'avoir l'estomac gonflé :

toujours	la plupart du temps	quelques fois	rarement	jamais
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

3. Durant les 15 derniers jours, vous avez eu la sensation d'avoir beaucoup de gaz dans le ventre :

toujours	la plupart du temps	quelques fois	rarement	jamais
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

4. Durant les 15 derniers jours, vous avez été gêné(e) par l'émission de « vents » :

toujours	la plupart du temps	quelques fois	rarement	jamais
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

5. Durant les 15 derniers jours, vous avez été gêné(e) par des éructations ou des renvois :

toujours	la plupart du temps	quelques fois	rarement	jamais
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

6. Dans les 15 jours qui ont précédé, vous avez été gêné(e) par des bruits de « glouglou » dans le ventre :

toujours	la plupart du temps	quelques fois	rarement	jamais
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

7. Durant les 15 derniers jours, vous avez été gêné(e) par des selles fréquentes :

toujours	la plupart du temps	quelques fois	rarement	jamais
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

8. Durant les 15 derniers jours, vous avez mangé avec plaisir et appétit:

jamais	rarement	quelques fois	la plupart du temps	toujours
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

9. A cause de votre maladie, vous êtes obligé(e) de supprimer certains aliments :

de façon très importante	de façon importante	un peu	un tout petit peu	pas du tout
--------------------------	---------------------	--------	-------------------	-------------

(0) (1) (2) (3) (4)

10. Durant les 15 derniers jours, vous avez été capable de surmonter les problèmes quotidiens :

extrêmement mal modérément bien extrêmement
t mal t bien bien
(0) (1) (2) (3) (4)

11. Durant les 15 derniers jours, combien de fois votre maladie vous a-t-elle rendu(e) triste :

toujours la plupart du temps quelques fois rarement jamais
(0) (1) (2) (3) (4)

12. Durant les 15 derniers jours, combien de fois avez-vous été anxieux(e) à cause de votre maladie

toujours la plupart du temps quelques fois rarement jamais
(0) (1) (2) (3) (4)

13. Durant les 15 derniers jours, combien de fois avez-vous ressenti la joie de vivre :

jamais rarement quelques fois la plupart du temps toujours
(0) (1) (2) (3) (4)

14. Durant les 15 derniers jours, combien de fois avez-vous été frustré(e) à cause de votre maladie :

toujours la plupart du temps quelques fois rarement jamais
(0) (1) (2) (3) (4)

15. Durant les 15 derniers jours, combien de fois vous êtes-vous senti(e) fatigué(e) :

toujours la plupart du temps quelques fois rarement jamais
(0) (1) (2) (3) (4)

16. Durant les 15 derniers jours, combien de fois avez-vous été souffrant :

toujours la plupart du temps quelques fois rarement jamais
(0) (1) (2) (3) (4)

17. Durant la dernière semaine, vous êtes-vous réveillé(e) pendant la nuit ?

toutes les 5 ou 6 nuits 3 ou 4 nuits 1 ou 2 nuits jamais
nuits
(0) (1) (2) (3) (4)

18. Depuis que vous êtes malade, avez-vous été chagriné(e) par les modifications de votre apparence :

pour une modérément un peu un tout petit pas du tout
grande part t peu
(0) (1) (2) (3) (4)

19. A quel degré est-ce que la maladie a réduit votre condition physique en général ?

énormément beaucoup un peu un tout petit pas du tout
t peu
(0) (1) (2) (3) (4)

20. A cause de votre maladie, vous avez perdu de votre endurance :

pour une grande part (0)	modérément (1)	un peu (2)	un tout petit peu (3)	pas du tout (4)
--------------------------------	-------------------	---------------	-----------------------------	--------------------

21. De part votre maladie, vous estimez la perte de votre tonus :

majeure (0)	modérée (1)	minime (2)	insignifiante (3)	nulle, vous êtes en forme (4)
----------------	----------------	---------------	----------------------	-------------------------------------

22. Durant les 15 derniers jours, combien de fois avez-vous été capable d'accomplir vos activités habituelles (travail, école, ménage, etc)

jamais (0)	rarement (1)	quelques fois (2)	la plupart du temps (3)	toujours (4)
---------------	-----------------	-------------------------	-------------------------------	-----------------

23. Durant les 15 derniers jours, vous avez été capable de vaquer à vos loisirs habituels ou d'entreprendre de nouvelles activités :

jamais (0)	rarement (1)	quelques fois (2)	la plupart du temps (3)	toujours (4)
---------------	-----------------	-------------------------	-------------------------------	-----------------

24. Durant les 15 derniers jours, avez-vous été incommodé(e) par le traitement médical :

énormément (0)	beaucoup (1)	un peu (2)	un tout petit peu (3)	pas du tout (4)
-------------------	-----------------	---------------	-----------------------------	--------------------

25. Dans quelle mesure votre maladie perturbe-t-elle vos relations avec les autres (famille ou amis)

pour une très grande part (0)	pour une part importante (1)	un peu (2)	un tout petit peu (3)	pas du tout (4)
----------------------------------------	---------------------------------------	---------------	-----------------------------	--------------------

26. Dans quelle mesure votre maladie a-t-elle causé du tort à votre vie sexuelle :

pour une très grande part (0)	pour une part importante (1)	un peu (2)	un tout petit peu (3)	pas du tout (4)
----------------------------------------	---------------------------------------	---------------	-----------------------------	--------------------

27. Durant les 15 derniers jours, combien de fois avez-vous été incommodé(e) par des remontées de liquide ou d'aliments dans la bouche (régurgitations)

toujours (0)	la plupart du temps (1)	quelques fois (2)	rarement (3)	jamais (4)
-----------------	-------------------------------	-------------------------	-----------------	---------------

28. Durant les 15 derniers jours, vous êtes-vous senti(e) obligé(e) de diminuer la vitesse avec laquelle vous mangez :

toujours (0)	la plupart du temps (1)	quelques fois (2)	rarement (3)	jamais (4)
-----------------	-------------------------------	-------------------------	-----------------	---------------

29. Durant les 15 derniers jours, vous avez eu des problèmes pour avaler

toujours (0)	la plupart du temps (1)	quelques fois (2)	rarement (3)	jamais (4)
-----------------	-------------------------------	-------------------------	-----------------	---------------

30. Durant les 15 derniers jours, vous avez ressenti le besoin urgent d'aller à la selle

toujours	la plupart du temps	quelques fois	rarement	jamais
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

31. Durant les 15 derniers jours, vous avez été incommodé(e) par de la diarrhée :

toujours	la plupart du temps	quelques fois	rarement	jamais
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

32. Durant les 15 derniers jours, vous avez été incommodé(e) par une constipation :

toujours	la plupart du temps	quelques fois	rarement	jamais
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

33. Durant les 15 derniers jours, vous avez été incommodé(e) par une nausée :

toujours	la plupart du temps	quelques fois	rarement	jamais
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

34. Durant les 15 derniers jours, vous avez été inquiété(e) par la présence de sang dans les selles :

toujours	la plupart du temps	quelques fois	rarement	jamais
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

35. Durant les 15 derniers jours, vous avez été incommodé(e) par une brûlure ou une acidité remontant dans la poitrine :

toujours	la plupart du temps	quelques fois	rarement	jamais
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

36. Durant les 15 derniers jours, vous avez été incommodé(e) par une incontinence pour les selles :

toujours	la plupart du temps	quelques fois	rarement	jamais
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

