

Central Sensitization Inventory (CSI)

CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY: PARTIE A

Veillez indiquer pour chaque situation la proposition la plus adaptée

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1. J'ai la sensation d'un sommeil non récupérateur quand je me réveille le matin	<input type="checkbox"/>				
2. Je ressens des raideurs et des douleurs musculaires	<input type="checkbox"/>				
3. Je fais des crises d'angoisse	<input type="checkbox"/>				
4. Je grince ou serre les dents	<input type="checkbox"/>				
5. J'ai des problèmes de diarrhée et/ou de constipation	<input type="checkbox"/>				
6. J'ai besoin d'aide pour effectuer mes activités quotidiennes	<input type="checkbox"/>				
7. Je suis sensible aux fortes lumières	<input type="checkbox"/>				
8. Je me fatigue très facilement lorsque je suis actif physiquement	<input type="checkbox"/>				
9. Je ressens des douleurs partout dans le corps	<input type="checkbox"/>				
10. J'ai des maux de tête	<input type="checkbox"/>				
11. Je ressens une gêne à la vessie et/ou des brûlures lorsque j'urine	<input type="checkbox"/>				
12. Je ne dors pas bien	<input type="checkbox"/>				
13. J'ai des difficultés de concentration	<input type="checkbox"/>				
14. J'ai des problèmes de peau tels que sécheresse, démangeaisons ou éruptions cutanées	<input type="checkbox"/>				
15. Le stress aggrave mes symptômes physiques	<input type="checkbox"/>				
16. Je me sens triste ou déprimé	<input type="checkbox"/>				
17. J'ai peu d'énergie	<input type="checkbox"/>				
18. Je ressens des tensions musculaires dans la nuque et dans les épaules	<input type="checkbox"/>				
19. J'ai mal à la mâchoire	<input type="checkbox"/>				
20. Certaines odeurs, comme des parfums, me donnent des nausées et des étourdissements	<input type="checkbox"/>				
21. Je dois uriner fréquemment	<input type="checkbox"/>				
22. J'ai la sensation désagréable des jambes sans repos lorsque j'essaye de dormir le soir	<input type="checkbox"/>				
23. J'ai des difficultés à me souvenir de certaines choses	<input type="checkbox"/>				
24. J'ai eu des traumatismes au cours de mon enfance	<input type="checkbox"/>				
25. Je ressens des douleurs dans la région du bassin	<input type="checkbox"/>				

INVENTAIRE DES SYMPTOMES ASSOCIES A LA SENSIBILISATION CENTRALE: PARTIE B

Un médecin vous a-t-il diagnostiqué l'un des troubles suivants?

*Pour chaque diagnostic, veuillez cocher **Oui** ou **Non** dans la colonne de droite et indiquer l'année du diagnostic*

	OUI	NON	Année du diagnostic
1. Syndrome des jambes sans repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Syndrome de fatigue chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Trouble de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Migraines ou céphalées de tension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Syndrome du côlon irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Hypersensibilité chimique multiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Lésion de la nuque (y compris le syndrome du coup du lapin ou « whiplash syndrome »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Troubles anxieux ou attaques de panique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	