

Nom: _____

Date: _____

Marquer d'un trait la réponse à chacune des questions en vous référant **aux dernières 7 jours**



- 1** Pouvez-vous mettre vos chaussettes ou collants sans l'aide de quelqu'un ou de tout autre moyen extérieur (ex : petit appareil vous aidant à mettre vos chaussettes) ?

sans aucune difficulté
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
 impossible
- 2** Pouvez-vous vous pencher en avant pour ramasser un stylo posé sur le sol sans l'aide d'un moyen extérieur?

sans aucune difficulté
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
 impossible
- 3** Pouvez-vous atteindre une étagère élevée sans l'aide de quelqu'un ou d'un moyen extérieur?

sans aucune difficulté
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
 impossible
- 4** Pouvez-vous vous lever d'une chaise sans accouder sans utiliser vos mains ou toute autre aide?

sans aucune difficulté
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
 impossible
- 5** Pouvez-vous vous relever de la position « couché sur le dos » sans aide?

sans aucune difficulté
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
 impossible
- 6** Pouvez-vous rester debout sans soutien pendant 10 minutes sans ressentir de gêne?

sans aucune difficulté
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
 impossible
- 7** Pouvez-vous monter 12 à 15 marches, en ne posant qu'un pied sur chaque marche, sans vous tenir à la rampe ou utiliser tout autre soutien?

sans aucune difficulté
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
 impossible
- 8** Pouvez-vous regarder par dessus votre épaule sans vous retourner?

sans aucune difficulté
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
 impossible
- 9** Pouvez-vous effectuer des activités nécessitant un effort physique (ex : mouvements de kinésithérapie, jardinage ou sports)?

sans aucune difficulté
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
 impossible
- 10** Pouvez-vous avoir des activités toute la journée, que ce soit au domicile ou au travail?

sans aucune difficulté
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
 impossible

Évaluation
par docteur

BASFI =

BASFI = (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10) / 10