

# Questionnaire DePaul

**Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu l'un de ces symptômes ?**

	Jamais	De temps en temps	Environ la moitié du temps	La plupart du temps	Tout le temps
<b>1a.</b> Sensation d'assommement, de lourdeur après avoir débuté un exercice physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2a.</b> Douleur ou fatigue le lendemain d'activités ordinaires non intensives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3a.</b> Fatigué.e mentalement au moindre effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4a.</b> Faire un minimum d'exercice vous fatigue physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5a.</b> Épuisé.e physiquement ou malade après une activité légère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Au cours des 6 derniers mois, à quel degré les symptômes suivants vous ont-ils dérangé. e ?**

	Non présent	Faible	Modéré	Sévère	Très sévère
<b>1b.</b> Sensation d'assommement, de lourdeur après avoir débuté un exercice physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2b.</b> Douleur ou fatigue le lendemain d'activités ordinaires non intensives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3b.</b> Fatigué.e mentalement au moindre effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4b.</b> Faire un minimum d'exercice vous fatigue physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5b.</b> Épuisé.e physiquement ou malade après une activité légère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6.** Avez-vous nécessité d'une à 2 heures pour vous remettre d'une activité sportive ou d'une sortie avec des amis? **Oui** **Non**

**7.** Ressentez-vous une aggravation de votre fatigue/maladie liée à l'énergie après avoir fourni un effort physique minime? **Oui** **Non**

**8.** Ressentez-vous une aggravation de votre fatigue/maladie liée à l'énergie après avoir fourni un effort mental? **Oui** **Non**

**9.** Si vous vous sentez moins bien après des activités, combien de temps cela dure-t-il? **≤1 hour** **2-3 hr** **4-10 hr** **11-13 hr** **14-23 hr** **≥24 hr**

**10.** Si vous ne faites pas d'exercice, est-ce parce que l'exercice aggrave vos symptômes? **Oui** **Non**

Brown A, Molly B, Nicole P, et al. The Development of a Revised Canadian Myalgic Encephalomyelitis Chronic Fatigue Syndrome Case Definition. Am J Biochem Biotechnol 2010.