

Score d'Oxford Épaule (OSS)

French version

Nom : _____

Prénom : _____

Date :

				2	0		
J	J	M	M	A	A	A	A

Droit

Gauche

Note : « Si vos deux épaules sont affectées, répondez d'abord à ce questionnaire pour le côté droit, puis à un autre questionnaire pour le côté gauche ».

Nous allons vous poser quelques questions concernant vos problèmes d'épaule.

PROBLÈMES AVEC VOTRE ÉPAULE

Cochez (✓) une seule case pour chaque question sans en oublier aucune.

1. Au cours des quatre dernières semaines...

Comment décririez-vous la **pire** douleur que vous avez eue à votre épaule ?

Aucune
douleur

Douleur
légère

Douleur
modérée

Forte
douleur

Douleur
insupportable

2. Au cours des quatre dernières semaines...

Avez-vous eu des difficultés pour vous habiller seul(e) à cause de votre épaule ?

Aucune
difficulté

Quelques
difficultés

Difficultés
modérées

Enormément
de difficultés

Impossible

3. Au cours des quatre dernières semaines...

Avez-vous eu des difficultés pour monter dans une voiture (ou en descendre) ou pour utiliser les transports en commun à cause de votre épaule ?

Aucune
difficulté

Quelques
difficultés

Difficultés
modérées

Enormément
de difficultés

Impossible

4. Au cours des quatre dernières semaines...

Avez-vous été capable d'utiliser un couteau et une fourchette en même temps ?

Oui,
facilement

Avec
quelques
difficultés

Avec des
difficultés
modérées

Avec
énormément
de difficultés

Non,
impossible

5. Au cours des quatre dernières semaines...

Avez-vous pu (ou auriez-vous pu) faire les courses seul(e) ?

Oui,
facilement

Avec
quelques
difficultés

Avec des
difficultés
modérées

Avec
énormément
de difficultés

Non,
impossible

6. Au cours des quatre dernières semaines...

Avez-vous pu (ou auriez-vous pu) porter un plateau repas à travers une pièce ?

Oui,
facilement

Avec
quelques
difficultés

Avec des
difficultés
modérées

Avec
énormément
de difficultés

Non,
impossible

7. Au cours des quatre dernières semaines...

Avez-vous pu (ou auriez-vous pu) vous coiffer les cheveux avec votre bras atteint ?

Oui, facilement	Avec quelques difficultés	Avec des difficultés modérées	Avec énormément de difficultés	Non, impossible
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Au cours des quatre dernières semaines...

Comment décririez-vous la douleur que vous avez eue le plus souvent à votre épaule ?

Aucune douleur	Douleur très légère	Douleur légère	Douleur modérée	Douleur sévère
<input type="checkbox"/>				

9. Au cours des quatre dernières semaines...

Avez-vous pu (ou auriez-vous pu) accrocher des vêtements dans une penderie avec votre bras atteint ?

Oui, facilement	Avec quelques difficultés	Avec des difficultés modérées	Avec énormément de difficultés	Non, impossible
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Au cours des quatre dernières semaines...

Avez-vous été capable de vous laver et de vous sécher sous les deux bras ?

Oui, facilement	Avec quelques difficultés	Avec des difficultés modérées	Avec énormément de difficultés	Non, impossible
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Au cours des quatre dernières semaines...

À quel point votre travail ou vos activités quotidiennes ont-ils été gênés par la douleur de votre épaule ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
<input type="checkbox"/>				

12. Au cours des quatre dernières semaines...

Avez-vous été gêné(e) la nuit lorsque vous étiez au lit par la douleur à votre épaule ?

Jamais	Seulement 1 ou 2 nuits	Quelques nuits	La plupart des nuits	Toutes les nuits
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez vérifier que vous avez répondu à toutes les questions.

Merci de votre participation.