
QUESTIONNAIRE DES TROUBLES DIGESTIFS (GIQLI)

Durant les 15 derniers jours, vous avez :

	Toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais	
1. vous avez eu mal au ventre	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>
2. vous avez eu la sensation d'avoir l'estomac gonflé	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>
3. vous avez eu la sensation d'avoir beaucoup de gaz dans le ventre	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>
4. vous avez été gêné(e) par l'émission de «vents»	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>
5. vous avez été gêné(e) par des éructations ou des renvois	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>
6. vous avez été gêné(e) par des bruits de «glouglou» dans le ventre	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>
7. vous avez été gêné(e) par des selles fréquentes	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>
8. vous avez mangé avec plaisir et appétit	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>

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

(0) de façon très importante (1) de façon importante (2) un peu (3) un tout petit peu (4) pas du tout

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

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

Durant les 15 derniers jours :

	Toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
11. combien de fois votre maladie vous a-t-elle rendu(e) triste ?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

12. combien de fois avez-vous été anxieux(e) à cause de votre maladie ?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
--	-----	-----	-----	-----	-----

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

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

Durant les 15 derniers jours :

	Toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
14. combien de fois avez-vous été frustré(e) à cause de votre maladie ?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

15. combien de fois vous êtes-vous senti(e) fatigué(e) ?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
---	-----	-----	-----	-----	-----

16. combien de fois avez-vous été souffrant(e) ?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
---	-----	-----	-----	-----	-----

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durant les 15 derniers jours :

	Toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
27. combien de fois avez-vous été incommodé(e) par des remontées de liquide ou d'aliments dans la bouche (régurgitations) ?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

28. vous êtes-vous senti(e) obligé(e) de diminuer la vitesse avec laquelle vous mangez ?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
---	-----	-----	-----	-----	-----

29. vous	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
-----------------	-----	-----	-----	-----	-----

avez eu des
problèmes
pour avaler

30. vous avez ressenti le besoin urgent d'aller à la selle	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>
--	-----	-----	-----	-----	-----	--------------------------

31. vous avez été incommodé(e) par de la diarrhée :	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>
---	-----	-----	-----	-----	-----	--------------------------

32., vous avez été incommodé(e) par une constipation :	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>
---	-----	-----	-----	-----	-----	--------------------------

33. vous avez été incommodé(e) par une nausée :	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>
---	-----	-----	-----	-----	-----	--------------------------

34. vous avez été inquiété(e) par la présence de sang dans les selles :	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>
---	-----	-----	-----	-----	-----	--------------------------

35. vous avez été incommodé(e) par une brûlure ou une acidité remontant dans la poitrine :	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>
--	-----	-----	-----	-----	-----	--------------------------

36. vous avez été incommodé(e) par une incontinence pour les selles :	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	<input type="checkbox"/>
---	-----	-----	-----	-----	-----	--------------------------