ANNEXE B : Modèle de questionnaire pour le score IRLS (§ 4280000 du chapitre IV de l'AR du 01-02-2018)
Modèle de questionnaire basé sur l'échelle internationale d'évaluation du SJSR (IRLS) développée par le groupe international d'étude du SJSR (IRLSSG), à conserver par le médecin traitant à disposition du médecin-conseil

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) ayant répondu au questionnaire :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (numéro d'affiliation)

II – ECHELLE D'EVALUATION du Syndrome des jambes sans repos

En général, dans les 15 derniers jours, comment décririez-vous les symptômes de votre syndrome des jambes sans repos ?

O Très graves
O graves
O Modérés
O Légers
O Absents

En général, dans les 15 derniers jours, comment décririez-vous la nécessité de bouger par les symptômes de votre syndrome des jambes sans repos ?

O Très grave
O Grave
O Modérée
O Légère
O Absente

En général, dans les 15 derniers jours, dans quelle mesure votre sensation de gêne par votre syndrome des jambes sans repos a été soulagée par le mouvement ?

O Pas du tout
O Légère amélioration
O Assez bonne amélioration
O Soulagement complet ou presque complet
O Pas de symptômes

Au cours de la dernière semaine : dans quelle mesure les symptômes de votre syndrome des jambes sans repos vous ont empêché de dormir ?

O Dans une très grande mesure
O Dans une grande mesure
O Modérément
O Légèrement
O Pas du tout

Au cours de la dernière semaine : aviez-vous sommeil ou étiez-vous fatigué ou pendant la journée par la suite des symptômes du syndrome des jambes sans repos ?

O Très fortement
O Fortement
O Assez fortement
O Légèrement
O Pas du tout

Au cours de la dernière semaine : votre syndrome des jambes sans repos, était-il

O Très grave
O Grave
O Modéré
O Léger
O Absent

Au cours de la dernière semaine : avez-vous eu des symptômes du syndrome des jambes sans repos ?

O Très souvent : 6 ou 7 jours/semaine
O Souvent :4-5 jours/semaine
O Assez souvent : 2-3 jours /semaine
O De temps en temps :1 jour/semaine
O Jamais

Lorsque vous avez eu des symptômes du syndrome des jambes sans repos au cours de la dernière semaine , étaient-ils en général

O Très graves : 8 heures ou plus par jour
O graves : 3 à 8 heures par jour
O Modérés : 1 à 3 heures par jour
O Légers : 1 à 3 heures par jour
O Absents : moins d'une heure par jour

En général, au cours de la dernière semaine, quelle était la répercussion des symptômes de votre syndrome des jambes sans repos sur votre capacité de fonctionner dans votre vie familiale, sociale, à l'école ou dans votre travail ?

O Très grave
O Grave
O Modérée
O Légère
O Pas de répercussion

Au cours de la dernière semaine : votre humeur, était-il perturbé par les symptômes de votre syndrome des jambes sans repos (angoissé, déprimé, irrité)?

O Très grièvement
O Grièvement
O Modérément
O Légèrement
O Pas du tout

La sévérité de chaque paramètre est notée sur une échelle de cinq gradations (0-4). Les scores sont cumulés et le score total est donc ici de ⊔⊔.

<u>III – Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI) et date à laquelle le questionnaire a été complété par le médecin traitant sur base d'un interrogatoire du bénéficiaire :</u>

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (nom)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (prénom)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° INAMI)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (date)

(cachet) …..... (signature du médecin)