

NOM :  
DATE :

### QUESTIONNAIRE DES TROUBLES DIGESTIFS (GIQLI)

**1. Durant les 15 derniers jours, vous avez eu mal au ventre :**

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

**2. Durant les 15 derniers jours, vous avez eu la sensation d'avoir l'estomac gonflé :**

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

**3. Durant les 15 derniers jours, vous avez eu la sensation d'avoir beaucoup de gaz dans le ventre :**

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

**4. Durant les 15 derniers jours, vous avez été gêné(e) par l'émission de « vents » :**

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

**5. Durant les 15 derniers jours, vous avez été gêné(e) par des éructations ou des renvois :**

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

**6. Dans les 15 jours qui ont précédé, vous avez été gêné(e) par des bruits de « glouglou » dans le ventre :**

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

**7. Durant les 15 derniers jours, vous avez été gêné(e) par des selles fréquentes :**

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

**8. Durant les 15 derniers jours, vous avez mangé avec plaisir et appétit:**

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

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

de façon très importante	de façon importante	un peu	un tout petit peu	pas du tout
--------------------------	---------------------	--------	-------------------	-------------

(0) (1) (2) (3) (4)

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

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

**11. Durant les 15 derniers jours, combien de fois votre maladie vous a-t-elle rendu(e) triste :**

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

**12. Durant les 15 derniers jours, combien de fois avez-vous été anxieux(e) à cause de votre maladie**

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

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

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

**14. Durant les 15 derniers jours, combien de fois avez-vous été frustré(e) à cause de votre maladie :**

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

**15. Durant les 15 derniers jours, combien de fois vous êtes-vous senti(e) fatigué(e) :**

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

**16. Durant les 15 derniers jours, combien de fois avez-vous été souffrant :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**27. Durant les 15 derniers jours, combien de fois avez-vous été incommodé(e) par des remontées de liquide ou d'aliments dans la bouche (régurgitations)**

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

**28. Durant les 15 derniers jours, vous êtes-vous senti(e) obligé(e) de diminuer la vitesse avec laquelle vous mangez :**

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

**29. Durant les 15 derniers jours, vous avez eu des problèmes pour avaler**

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

**30. Durant les 15 derniers jours, vous avez ressenti le besoin urgent d'aller à la selle**

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

**31. Durant les 15 derniers jours, vous avez été incommodé(e) par de la diarrhée :**

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

**32. Durant les 15 derniers jours, vous avez été incommodé(e) par une constipation :**

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

**33. Durant les 15 derniers jours, vous avez été incommodé(e) par une nausée :**

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

**34. Durant les 15 derniers jours, vous avez été inquiété(e) par la présence de sang dans les selles :**

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

**35. Durant les 15 derniers jours, vous avez été incommodé(e) par une brûlure ou une acidité remontant dans la poitrine :**

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

**36. Durant les 15 derniers jours, vous avez été incommodé(e) par une incontinence pour les selles :**

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

