**Questionnaire sur la productivité au travail et la limitation des activités :
Migraine V2.2 (WPAI:MIGRAINE)**

Les questions suivantes portent sur les conséquences de votre MIGRAINE sur votre capacité à travailler et à effectuer vos activités habituelles. *Veuillez, selon les questions, encercler le nombre qui convient ou compléter les espaces appropriés comme indiqué.*

1. Occupez-vous un emploi (travail rémunéré) en ce moment? \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Oui

 *Si vous répondez NON, cochez « NON » et passez directement à la question 6.*

Les questions qui suivent portent sur les **sept derniers jours**, sans compter aujourd’hui.

2. Au cours des sept derniers jours, combien d’heures de travail, au total, avez-vous manquées à cause de problèmes liés à votre MIGRAINE? *Comptez les heures d’absence pour congé de maladie, les retards et départs précoces du travail, etc., dus à votre MIGRAINE. Ne comptez pas les moments où vous vous êtes absenté(e) pour participer à cette étude.*

 \_\_\_\_\_ HEURES

3. Au cours des sept derniers jours, combien d’heures de travail avez-vous manquées pour toute autre raison telle qu’un congé, des vacances ou la participation à cette étude?

 \_\_\_\_\_ HEURES

4. Au cours des sept derniers jours, combien d’heures de travail au total avez-vous effectuées?

 \_\_\_\_\_ HEURES *(Si votre réponse est « 0 », passez directement à la question 6.)*

5. Au cours des sept derniers jours, dans quelle mesure votre MIGRAINE a-t-elle affecté votre productivité pendant que vous étiez en train de travailler?

Tenez compte des jours pendant lesquels vous avez été limité(e) dans la quantité ou le type de travail que vous auriez pu accomplir, des jours pendant lesquels vous en avez fait moins que vous l’auriez souhaité ou des jours pendant lesquels vous ne pouviez pas travailler aussi soigneusement que d’habitude. Si votre MIGRAINE n’a eu qu’une faible incidence sur votre travail, choisissez une note peu élevée. Choisissez une note élevée si votre MIGRAINE a beaucoup perturbé votre travail.

Tenez uniquement compte de la manière dont votre MIGRAINE a affecté votre productivité pendant que vous étiez en train de travailler.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ma MIGRAINE n’a eu aucun effet sur mon travail |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | À cause de ma MIGRAINE, je n’ai pas pu travailler du tout |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ENCERCLEZ UN NOMBRE

6. Au cours des sept derniers jours, dans quelle mesure votre MIGRAINE a-t-elle affecté votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles en dehors de votre lieu de travail?

*Par activités habituelles, nous entendons les activités que vous effectuez régulièrement, telles que les travaux ménagers, les courses, l’exercice, s’occuper des enfants, étudier, etc. Tenez compte des moments où vous avez été limité(e) dans la quantité ou le type d’activités que vous auriez pu accomplir et de ceux où vous en avez fait moins que vous l’auriez souhaité. Si votre MIGRAINE n’a eu qu’une faible incidence sur vos activités, choisissez une note peu élevée. Choisissez une note élevée si votre MIGRAINE a beaucoup perturbé vos activités.*

Tenez uniquement compte de la manière dont votre MIGRAINE a affecté votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles en dehors de votre lieu de travail.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ma MIGRAINE n’a eu aucun effet sur mes activités quotidiennes |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | À cause de ma MIGRAINE, je n’ai pas du tout pu me consacrer à mes activités quotidiennes |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ENCERCLEZ UN NOMBRE

WPAI:MIGRAINE V2.2 (Canada-French)