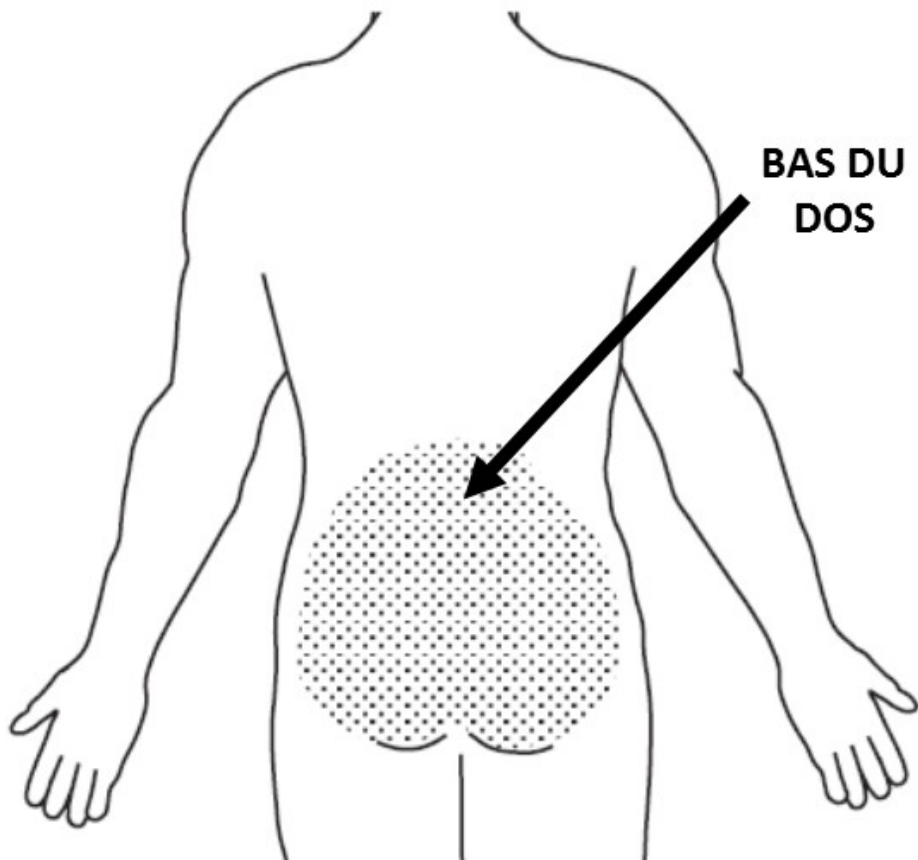


Appendix 1 (as supplied by the authors):

French- and English-Canadian versions of the minimum data set

Questionnaire à propos de la douleur au bas du dos

Ce dessin montre la région du corps à laquelle les prochaines questions s'appliquent



Depuis combien de temps la douleur au bas du dos est un problème pour vous?

- Moins d'un mois
- 1-2 mois
- 3-5 mois
- 6-11 mois
- 1-5 ans
- Plus de 5 ans

Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence la douleur au bas du dos a été un problème pour vous?

- Tous les jours ou presque durant les 6 derniers mois
- Au moins la moitié des jours des 6 derniers mois
- Moins de la moitié des jours des 6 derniers mois

Au cours des 7 derniers jours, comment évaluez-vous votre douleur au bas du dos en moyenne?

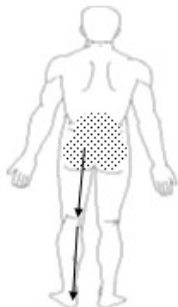
0 = Aucune douleur

10 = La pire douleur imaginable

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que la douleur au bas du dos s'est propagée à votre/vos jambe(s)? (vous pouvez vous référer à la figure ci-dessous)

- Oui
- Non
- Incertain(e)



Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été dérangé(e) par ...

	Pas du tout dérangé(e)	Légèrement dérangé(e)	Grandement dérangé(e)
Maux de ventre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur dans vos bras, dans vos jambes ou dans vos articulations (autres que dans la région de la colonne ou du dos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maux de tête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur généralisée (douleur dans la majorité des régions de votre corps)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous déjà subi une chirurgie au bas du dos?

- Oui, une chirurgie
- Oui, plus d'une chirurgie
- Non

Si oui, à quand remonte votre dernière chirurgie au bas du dos?

- Il y a moins de 6 mois
- Il y a 6 mois ou plus, mais moins d'un an
- Il y a entre 1 et 2 ans
- Il y a plus de 2 ans

Est-ce qu'une de vos chirurgies au bas du dos impliquait une fusion des vertèbres (aussi appelée arthrodèse)?

- Oui
- Non
- Incertain(e)

Perturbations causées par la douleur

Au cours des 7 derniers jours...

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
Dans quelle mesure la douleur a-t-elle perturbé vos activités quotidiennes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans quelle mesure la douleur a-t-elle perturbé les travaux d'entretien de la maison (ex. jardinage, rénovations)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans quelle mesure la douleur a-t-elle perturbé votre capacité à participer à des activités sociales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans quelle mesure la douleur a-t-elle perturbé la réalisation de vos tâches ménagères (ex. nettoyage de la maison, passer l'aspirateur)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous utilisé l'un des traitements suivants pour votre douleur au bas du dos?

	Oui, j'utilise ce traitement actuellement	Oui, j'ai déjà utilisé ce traitement dans le passé, mais j'ai arrêté	Non	Incertain(e)
Antidouleurs opioïdes (médicaments sur ordonnance tels que Codéine, Dilaudid, Duragesic, Fentanyl, Hydromorphone, Méthadone, Morphine, Oxycodone, Tramadol)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infiltrations/Injections (telles que les injections épidurales de stéroïdes, injections facettaires)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programme d'exercices	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soutien psychologique (tel que la thérapie cognitivo-comportementale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les deux prochaines questions s'adressent aux personnes qui travaillent habituellement à l'extérieur de leur domicile

	Oui	Non	Ne s'applique pas
Je me suis absenté(e) du travail ou j'ai été sans emploi pendant au moins 1 mois en raison de la douleur au bas du dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je reçois ou j'ai fait une demande d'indemnisation pour invalidité parce que je suis incapable de travailler en raison de la douleur au bas du dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Capacité physique

	Sans aucune difficulté	Avec peu de difficultés	Avec quelques difficultés	Avec beaucoup de difficultés	En suis incapable
Êtes-vous capable d'effectuer des tâches régulières comme passer l'aspirateur ou faire du jardinage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Êtes-vous capable de monter et descendre les escaliers à un rythme normal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Êtes-vous capable d'aller marcher pendant au moins 15 minutes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Êtes-vous capable de faire des courses ou du shopping (magasinage)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Détresse émotionnelle

Au cours des 7 derniers jours...

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps
Je me suis senti(e) bon(ne) à rien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis senti(e) désemparé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis senti(e) déprimé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis senti(e) désespéré(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Perturbations du sommeil

Au cours des 7 derniers jours...

	Très mauvaise	Mauvaise	Assez bonne	Bonne	Très bonne
La qualité de mon sommeil était	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Au cours des 7 derniers jours...

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
Mon sommeil a été réparateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Au cours des 7 derniers jours...

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
J'ai eu un problème de sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu du mal à m'endormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Il n'est pas vraiment prudent pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique.

- D'accord
- Pas d'accord

Je considère que ma douleur au bas du dos est épouvantable et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais.

- D'accord
- Pas d'accord

Êtes-vous impliqué(e) dans une poursuite ou réclamation légale liée à votre problème du bas du dos?

- Oui
- Non
- Incertain(e)

Au cours de la dernière année...

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Avez-vous consommé de l'alcool ou des drogues plus que vous ne l'auriez voulu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà voulu ou ressenti le besoin de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Âge (0-120 ans) :

Genre :

- Femme
- Homme
- Inconnu
- Indéterminé

Origines raciales, ethniques ou culturelles (cochez plus d'une réponse s'il y a lieu) :

Êtes-vous autochtone, c'est-à-dire, Première Nation, Métis ou Inuk (Inuit)?

- Non, je ne suis pas autochtone
- Oui, Première Nation - Indien(ne) de l'Amérique du Nord
- Oui, Métis
- Oui, Inuk (Inuit)

Êtes-vous?

- Blanc/Blanche
- Sud-Asiatique - ex. Indien(ne) de l'Inde, Pakistanais(e), Sri-Lankais(e)
- Chinois(e)
- Noir(e)
- Philippin(e)
- Latino-Américain(e)
- Arabe
- Asiatique du Sud-Est - ex. Vietnamien(ne), Cambodgien(ne), Malaisienne, Laotien(ne)
- Asiatique occidental(e) - ex. Iranien(ne), Afghan(e)
- Coréen(ne)
- Japonais(e)
- Autre :

(veuillez préciser)

Situation d'emploi (cochez plus d'une réponse s'il y a lieu) :

- Travaille présentement à temps plein
- Travaille présentement à temps partiel
- À la recherche d'emploi, sans emploi
- Congé de maladie ou congé de maternité
- Invalidité temporaire ou permanente en raison de ma douleur au dos
- Invalidité pour d'autres raisons que la douleur au dos
- Étudiant
- Mise à pied temporaire
- Retraité(e)
- Au foyer
- Inconnu
- Autre :

(veuillez préciser)

Niveau de scolarité (sélectionnez le plus haut niveau atteint) :

- Sans diplôme d'études secondaires
- Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent
- Certificat ou diplôme d'apprenti inscrit, d'une école de métiers ou d'un centre de formation professionnelle? (ex. coiffure, cuisine, électricien, charpenterie)
- Certificat ou diplôme d'études collégiales, d'un Cégep ou d'un autre établissement non universitaire (ex. technique de comptabilité, technique de génie industriel, adjoint juridique, DEC préuniversitaire, etc.)
- Diplôme ou grade universitaire inférieur au baccalauréat (ex. certificat)
- Baccalauréat (ex. B.A., B.Sc., B.Ed., LL.B.)
- Diplôme universitaire supérieur au baccalauréat (ex. D.E.S.S., microprogramme de 2e cycle)
- Maîtrise (ex. M.A., M.Sc., M.Ed., M.B.A.)
- Diplôme en médecine, en médecine dentaire, en médecine vétérinaire ou en optométrie (ex. M.D., D.D.S., D.M.D., D.M.V., doctorat de premier cycle)
- Doctorat (ex. Ph.D., D.Psy., D.Ed.)

Quel énoncé décrit le mieux vos habitudes par rapport à la cigarette?

- Je n'ai jamais fumé
- Je suis un fumeur
- J'ai déjà fumé, mais je ne fume plus

Taille :

En pieds/pouces (ex. 5'6) :

OU

En centimetres (cm) :

Poids :

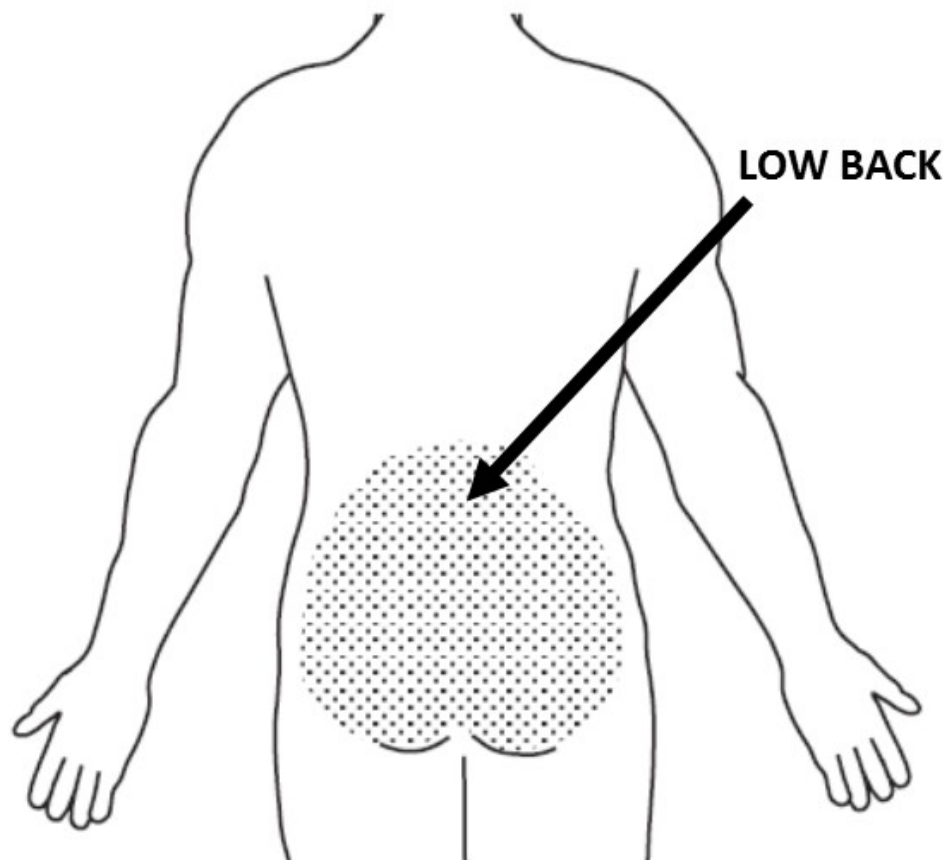
En livres (lbs) :

OU

En kilogrammes (kg) :

Questionnaire about low-back pain

This picture shows the part of the body referred to in the following questions



How long has low-back pain been an ongoing problem for you?

- Less than 1 month
- 1–2 months
- 3–5 months
- 6–11 months
- 1–5 years
- More than 5 years

How often has low-back pain been an ongoing problem for you over the past 6 months?

- Every day or nearly every day in the past 6 months
- At least half the days in the past 6 months
- Less than half the days in the past 6 months

In the past 7 days, how would you rate your low-back pain on average?

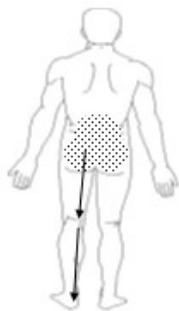
0 = No pain

10 = Worst imaginable pain

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Has low-back pain spread down your leg(s) during the past 2 weeks?
(you can refer to the figure below)

- Yes
 No
 Not sure



During the past 4 weeks, how much have you been bothered by...

	Not bothered at all	Bothered a little	Bothered a lot
Stomach pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pain in your arms, legs, or joints (other than your spine or back)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Headaches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Widespread pain (pain in most of your body)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Have you ever had a low-back surgery?

- Yes, one surgery
 Yes, more than one surgery
 No

If yes, when was your last low-back surgery?

- Less than 6 months ago
- 6 months or more, but less than 1 year ago
- Between 1 and 2 years ago
- More than 2 years ago

Did any of your low-back surgeries involve a spinal fusion (also called an arthrodesis)?

- Yes
- No
- Not sure

Pain interference

In the past 7 days...

	Not at all	A little bit	Somewhat	Quite a bit	Very much
How much did pain interfere with your day-to-day activities?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
How much did pain interfere with work around the home (e.g., garden work, renovations)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
How much did pain interfere with your ability to participate in social activities?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
How much did pain interfere with your household chores (e.g., house cleaning, vacuuming)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Have you used any of the following treatments for your low-back pain?

	Yes, I am currently using this treatment	Yes, I have used this treatment in the past but stopped	No	Not sure
Opioid painkillers (prescription medications such as Codeine, Dilaudid, Duragesic, Fentanyl, Hydromorphone, Methadone, Morphine, Oxycodone, Tramadol)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infiltrations/Injections (such as epidural steroid injections, facet injections)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercise therapy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychological counseling (such as cognitive-behavioral therapy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

The next two questions are for people who normally work outside the home

	Yes	No	Does not apply
I have been off work or unemployed for 1 month or more due to low-back pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I receive or have applied for disability or workers' compensation benefits because I am unable to work due to low-back pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Physical Function

	Without any difficulty	With a little difficulty	With some difficulty	With much difficulty	Unable to do
Are you able to do chores such as vacuuming or yard work?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Are you able to go up and down stairs at a normal pace?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Are you able to go for a walk of at least 15 minutes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Are you able to run errands and shop?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Depression

In the past 7 days...

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
I felt worthless	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I felt helpless	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I felt depressed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I felt hopeless	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sleep disturbance

In the past 7 days...

	Very poor	Poor	Fair	Good	Very good
My sleep quality was	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In the past 7 days...

	Not at all	A little bit	Somewhat	Quite a bit	Very much
My sleep was refreshing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In the past 7 days...

	Not at all	A little bit	Somewhat	Quite a bit	Very much
I had a problem with my sleep	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I had difficulty falling asleep	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

It's not really safe for a person with my low-back problem to be physically active.

- Agree
- Disagree

I feel that my low-back pain is terrible and it's never going to get any better.

- Agree
- Disagree

Are you involved in a lawsuit or legal claim related to your low-back problem?

- Yes
- No
- Not sure

In the past year...

	Never	Rarely	Sometimes	Often
Have you consumed alcohol or used drugs more than you meant to?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Have you felt you wanted or needed to cut down on your drinking or drug use?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Age (0-120 years) :

Gender :

- Female
- Male
- Unknown
- Unspecified

Racial, ethnic or cultural origins (mark more than one answer if applicable):

Are you an Aboriginal person, that is, First Nations, Métis or Inuk (Inuit)?

- No, not an Aboriginal person
- Yes, First Nations - North American Indian
- Yes, Métis
- Yes, Inuk (Inuit)

Are you?

- White
- South Asian - e.g., East Indian, Pakistani, Sri Lankan
- Chinese
- Black
- Filipino
- Latin American
- Arab
- Southeast Asian - e.g., Vietnamese, Cambodian, Malaysian, Laotian
- West Asian - e.g., Iranian, Afghan
- Korean
- Japanese
- Autre :

(please specify)

Employment status (mark more than one answer if applicable):

- Working now full-time
- Working now part-time
- Looking for work, unemployed
- Sick leave or maternity leave
- Disabled due to back pain, permanently or temporarily
- Disabled for reasons other than back pain
- Student
- Temporarily laid off
- Retired
- Keeping house
- Unknown
- Other:

(please specify)

Education level (select the highest level attained):

- No high school diploma
- High school (secondary school) diploma or equivalent
- Registered apprenticeship or other trades certificate or diploma (e.g., hairstyling, cooking, electrician, carpentry, etc.)
- College, CEGEP or other non-university certificate or diploma (e.g., accounting technology, industrial engineering technology, legal assistant, pre-university program, etc.)
- University certificate or diploma below bachelor's level (e.g., undergraduate certificate)
- Bachelor's degree (e.g., B.A., B.A. (Hons.), B.Sc., B.Ed., LL.B.)
- University certificate or diploma above bachelor's level (e.g., D.E.S.S., Short Graduate Program)
- Master's degree (e.g., M.A., M.Sc., M.Ed., M.B.A.)
- Degree in medicine, dentistry, veterinary medicine or optometry (M.D., D.D.S., D.M.D., D.V.M., O.D.)
- Doctorate (e.g., Ph.D., Psy.D, Ed.D.)

How would you describe your cigarette smoking?

- Never smoked
- Current smoker
- Used to smoke, but have now quit

Height:

In feet/inches (e.g., 5'6) :

OR

In centimeters (cm) :

Weight:

In pounds (lbs) :

OR

In kilograms (kg) :