

# Patient Specific Functional Scale (PSFS) (Echelle Fonctionnelle)



**NOM :**

**Prénom :**

**Date :**

Veillez identifier 3 à 5 activités importantes de votre quotidien que vous ne pouvez pas réaliser ou pour lesquelles vous rencontrez des difficultés en raison de votre problème.

Exprimez la capacité à réaliser avec plus ou moins de difficulté chaque activité sur une échelle entre 0 à 10 (entourez le chiffre) :

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

**0** signant l'incapacité à réaliser l'activité

**10** la réalisation sans restriction.

---

**Aujourd'hui**, il y a-t-il des activités ou des situations de **votre vie quotidienne** dont vous êtes incapable de réaliser ou pour lesquelles vous rencontrez des difficultés en **raison de votre problème** ? (Exemples : attraper un objet haut, mettre ses chaussettes, porter les sacs de courses, monter ou descendre les escaliers, prendre une casserole remplie d'eau, rester assis ou debout...)

---

① Activité ou Situation : .....

.....

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

② Activité ou Situation : .....

.....

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

③ Activité ou Situation : .....

.....

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

④ Activité ou Situation : .....

.....

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

⑤ Activité ou Situation : .....

.....

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