

PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

1/ À (E) JOUR J'AI :

Cocher une ou plusieurs cases et entourer le chiffre correspondant au niveau de douleur ressentie de 0 (pas du tout) à 10 (extrême).

| | |
|---|---------------------|
| Des douleurs au mouvement | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |
| Des douleurs au repos ou la nuit | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |
| Des douleurs dans certaines positions | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |
| Des brûlures, des fourmillements ou des crampes | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |
| Une diminution de force | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |
| Une raideur | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |
| Un engourdissement | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |

2/ J'AI (ES) SIGNES DEPUIS

Indiquer un nombre : Semaines Mois Années

3/ JE NE TRAVAILLE PLUS DEPUIS

Indiquer un nombre : Semaines Mois Années

4/ (ES) SIGNES

Cocher la case correspondante : S'aggravent Restent identiques

5/ JE SUIS GÊNÉ(E)

Cocher une ou plusieurs cases :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> En permanence | <input type="checkbox"/> Uniquement la nuit | <input type="checkbox"/> Seulement la journée |
| <input type="checkbox"/> Pour les activités du quotidien | <input type="checkbox"/> Pour les activités professionnelles | |
| <input type="checkbox"/> Pour les activités sportives | <input type="checkbox"/> Pour les activités sexuelles | |

6/ MES SYMPTÔMES CONCERNENT

Membre supérieur

Je suis gêné(e) pour :

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Manger ou boire | <input type="checkbox"/> Me laver |
| <input type="checkbox"/> M'habiller | |
| <input type="checkbox"/> Porter des objets en hauteur | |
| <input type="checkbox"/> Saisir des objets de petite taille | |

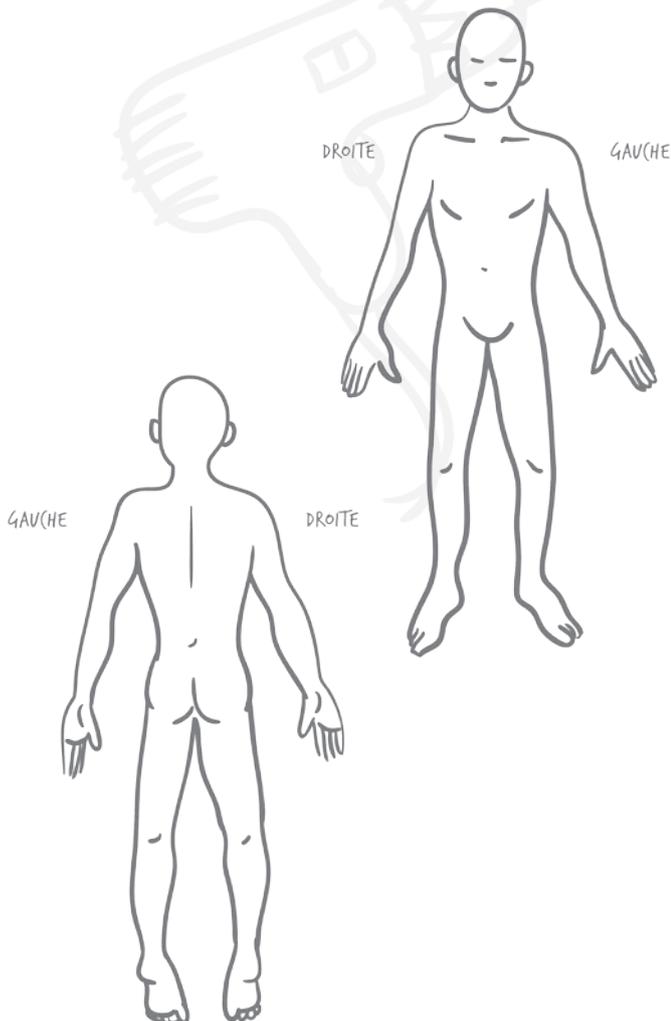
Membre inférieur et/ou la colonne vertébrale

Je suis gêné(e) pour :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rester assis | <input type="checkbox"/> Me tenir debout |
| <input type="checkbox"/> Marcher | <input type="checkbox"/> M'habiller |
| <input type="checkbox"/> Me baisser pour ramasser des objets | |
| <input type="checkbox"/> M'accroupir | <input type="checkbox"/> Uriner ou aller à la selle |

7/ VOTRE GÊNE OU VOTRE DOULEUR SE SITUE

Merci de marquer d'une ou plusieurs croix les zones correspondantes.



À compléter par le (la) patient(e)

J'ai complété moi-même ce document

le / /

Signature du (de la) patient(e) :

À compléter par le médecin

Le (la) patient(e) a complété ce document :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En préopératoire | <input type="checkbox"/> En postopératoire |
|---|--|

Signature du médecin :