

#### Instructions

- Veuillez utiliser un crayon #2 pour remplir le formulaire.
- Les réponses des textes doivent être enregistrées avec l'interface web.
- Veuillez noircir entièrement les cases de marquage.

#### Type de question

- à réponse unique
- à choix multiple
- Informations obligatoires

A l'usage interne.  
Pas à lu par le scanner.

Nom		Prénom		Sexe	
				m / f	
Rue			N° de patient (interne)		
Code pays	Code postal	Ville			
N° d'assurance vieillesse et survivants				Date de naissance (JJ.MM.AAAA)	
Nom de naissance		Lieu de naissance		Pays de naissance (sinon CH)	

Informations recommandées

## Générale

### Date de l'examen

**Jour**  1)  2)  3)  4)  5)  6)  7)  8)  9)  10)  11)  12)  13)  14)  15)  16)  17)  18)  19)  20)  21)  22)  23)  24)  25)  26)  27)  28)  29)  30)  31)

**Mois**  1)  2)  3)  4)  5)  6)  7)  8)  9)  10)  11)  12)

**Année**  12)  13)  14)  15)  16)  17)  18)  19)  20)  21)  22)  23)  24)

### Intervalle d'examen (après l'intervention)

- |  |                                  |                             |                             |                              |                                    |
|--|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> avant l'intervention | <input type="radio"/> 6 semaines | <input type="radio"/> 1 an  | <input type="radio"/> 5 ans | <input type="radio"/> 9 ans  | <input type="radio"/> 13 ans       |
| <input type="radio"/> (à la sortie)        | <input type="radio"/> 3 mois     | <input type="radio"/> 2 ans | <input type="radio"/> 6 ans | <input type="radio"/> 10 ans | <input type="radio"/> 14 ans       |
|  | <input type="radio"/> 6 mois     | <input type="radio"/> 3 ans | <input type="radio"/> 7 ans | <input type="radio"/> 11 ans | <input type="radio"/> 15 ans       |
|  | <input type="radio"/> 9 mois     | <input type="radio"/> 4 ans | <input type="radio"/> 8 ans | <input type="radio"/> 12 ans | <input type="radio"/> >15 ans..... |
- (spécifier en ans)*

**Veillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui.**

### Mobilité

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes pour me déplacer à pied
- Je suis obligé(e) de rester alité(e)

### Autonomie de la personne

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi
- J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seule(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seule(e)

### Activités courantes (exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

### Douleurs/gêne

- Je n'ai ni douleurs, ni gêne
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

### Anxiété/dépression

- Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

### Echelle Visuelle Analogue (EVA) de l'état de santé

Veillez marquer la position dans l'échelle qui vous semble la plus appropriée afin de décrire l'état de votre santé.

Pire imaginable



Meilleur imaginable