

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 lire 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 d'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)

Côté droit gauche

Ans 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) 10) 11) 12) 13) 14) 15) 16) 17) 18) 19) 20) 21) 22) 23) 24)

Intervalle d'examen (après l'intervention)

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

Instructions

Ce questionnaire vous demande votre opinion sur votre genou. Il nous permettra de mieux connaître ce que vous ressentez et ce que vous êtes capable de faire dans votre activité de tous les jours. Répondez à chaque question. Veuillez cocher une seule case par question. En cas de doute, cochez la case qui vous semble la plus adaptée à votre cas.

Symptômes

Ces questions concernent vos symptômes au cours des huit derniers jours.

- S1. Est-ce que votre genou gonfle?
 jamais rarement parfois souvent tout le temps
- S2. Ressentez-vous des ou entendez-vous des craquements ou n'importe quel autre type de bruit en bougeant le genou?
 jamais rarement parfois souvent toujours
- S3. Est-ce que votre genou accroche ou se bloque en bougeant?
 jamais rarement parfois souvent toujours
- S4. Pouvez-vous étendre votre genou complètement?
 toujours souvent parfois rarement jamais
- S5. Pouvez-vous plier votre genou complètement?
 toujours souvent parfois rarement jamais

Raideur

Ces questions concernent la raideur de votre genou au cours des huit derniers jours. La raideur est la sensation d'avoir du mal à bouger le genou.

- S6. Le matin au réveil, la raideur de votre genou est:
 absente légère modérée forte extrême
- S7. Après être resté(e) assis(e), couché(e), ou au repos pendant la journée, la raideur de votre genou est:
 absente légère modérée forte extrême

Douleur

- P1. Avez-vous souvent mal au genou?
 jamais une fois par mois une fois par semaine tous les jours tout le temps

Au cours des huit derniers jours, quelle a été l'importance de votre douleur du genou en faisant les activités suivantes?

- P2. En tournant, pivotant sur votre jambe
 absente légère modérée forte extrême
- P3. En étendant complètement le genou
 absente légère modérée forte extrême
- P4. En pliant complètement le genou
 absente légère modérée forte extrême
- P5. En marchant sur un terrain plat
 absente légère modérée forte extrême
- P6. En montant ou en descendant les escaliers
 absente légère modérée forte extrême
- P7. Au lit la nuit
 absente légère modérée forte extrême
- P8. En restant assis(e) ou couché(e)
 absente légère modérée forte extrême
- P9. En restant debout
 absente légère modérée forte extrême

* avec SCORE-calcul

Remplir verso, s.v.p.!

Fonction, vie quotidienne

Les questions suivantes concernent ce que vous êtes capable de faire.

Au cours des huit derniers jours, quelle a été votre difficulté pour chacune des activités suivantes?

A1. Descendre les escaliers	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A2. Monter les escaliers	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A3. Vous relever d'une position assise	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A4. Rester debout	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A5. Vous pencher en avant pour ramasser un objet	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A6. Marcher sur un terrain plat	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A7. Monter ou descendre de voiture	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A8. Faire vos courses	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A9. Mettre vos chaussettes ou vos collants	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A10. Sortir du lit	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A11. Enlever vos chaussettes ou vos collants	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A12. Vous retourner ou garder le genou dans la même position en étant couché(e)	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A13. Entrer ou sortir d'une baignoire	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A14. Rester assis(e)	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A15. Vous asseoir ou vous relever des toilettes	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A16. Faire de gros travaux ménagers (déplacer des objets lourds, recycler les sols,...)	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
A17. Faire des petits travaux ménagers (faire la cuisine, faire la poussière,...).	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême

Activités, sport et loisirs

Les questions suivantes concernent ce que vous êtes capable de faire au cours d'autres activités.

Au cours des huit derniers jours, quelle a été votre difficulté pour les activités suivantes?

SP1. Rester accroupi(e)	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
SP2. Courir	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
SP3. Sauter	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
SP4. Tourner, pivoter sur votre jambe	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême
SP5. Rester à genoux	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> légère	<input type="radio"/> modérée	<input type="radio"/> forte	<input type="radio"/> extrême

Qualité de vie

Q1. Pensez-vous souvent à votre problème de genou?	<input type="radio"/> jamais	<input type="radio"/> une fois par mois	<input type="radio"/> une fois par semaine	<input type="radio"/> tous les jours	<input type="radio"/> tout le temps
Q2. Avez-vous modifié votre façon de vivre pour éviter les activités qui pourraient aggraver votre problème de genou?	<input type="radio"/> pas du tout	<input type="radio"/> un peu	<input type="radio"/> modérément	<input type="radio"/> beaucoup	<input type="radio"/> totalement
Q3. Est-ce qu'un manque de confiance dans votre genou vous gêne?	<input type="radio"/> pas du tout	<input type="radio"/> un peu	<input type="radio"/> modérément	<input type="radio"/> beaucoup	<input type="radio"/> totalement
Q4. Finalement, êtes-vous gêné(e) par votre genou?	<input type="radio"/> pas du tout	<input type="radio"/> un peu	<input type="radio"/> modérément	<input type="radio"/> beaucoup	<input type="radio"/> extrêmement

Signature Patient:

* avec SCORE-calcul

Copyright MEMdoc, 2014 All rights reserved
01.01.2014

Merci beaucoup d'avoir répondu à ce questionnaire