

# Problèmes au genou

## Considérations du Patient

(contient COMI Score)

### 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 lu par le scanner.

Nom		Prénom		Sexe	
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

### Date de l'examen

**Côté**  droit  gauche

**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)

### 1 Quelle a été l'intensité de votre douleur au genou durant la semaine écoulée?

Veuillez indiquer l'intensité de votre douleur en cochant une réponse ('0' = aucune douleur, '10' = la pire douleur imaginable).

- |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |
|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| <b>aucune</b> | <b>0</b>              | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              | <b>5</b>              | <b>6</b>              | <b>7</b>              | <b>8</b>              | <b>9</b>              | <b>10</b>             | <b>la pire</b> |
| douleur       | <input type="radio"/> | douleur        |
|               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       | imaginable     |

### 2 Durant la semaine écoulée, à quel point vos problèmes au genou ont-ils gêné vos activités habituelles (votre travail comme vos activités domestiques)?

- pas du tout
- un peu
- modérément
- beaucoup
- énormément

### 3 Si vous deviez passer le restant de votre vie avec les symptômes au genou que vous avez maintenant, comment vous sentiriez-vous?

- très satisfait(e)
- plutôt satisfait(e)
- ni satisfait(e) ni insatisfait(e)
- plutôt insatisfait(e)
- très insatisfait(e)

### 4 En repensant à la semaine écoulée, comment évaluez-vous votre qualité de vie?

- très bonne
- bonne
- moyenne
- mauvaise
- très mauvaise

### 5 Durant les 4 dernières semaines, pendant combien de jours avez-vous dû diminuer vos activités habituelles (travail, activités domestiques, école, loisirs) en raison de votre problème au genou?

- 0 jours
- entre 1 et 7 jours
- entre 8 et 14 jours
- entre 15 et 21 jours
- plus de 21 jours

Remplir au verso, s.v.p.!

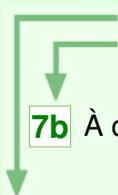
**6** Durant les 4 dernières semaines, pendant combien de jours avez-vous pas pu aller **au travail** (travail, activités domestiques, école, loisirs) en raison de votre problème au genou?

- 0 jours
- entre 1 et 7 jours
- entre 8 et 14 jours
- entre 15 et 21 jours
- plus de 21 jours

----- Veuillez répondre aux questions suivantes seulement si vous remplissez ce questionnaire APRÈS l'opération -----

**7a** Avez-vous eu **des complications liées à l'opération** (par ex: Problèmes de cicatrisation des plaies ou de cicatrisation osseuse, lésions nerveuses ou lésions des vaisseaux sanguins, infections)?

- non
- oui → Veuillez s.v.p. les décrire: .....



**7b** À quel point ces complications étaient-elles gênantes?

- pas du tout gênantes
- un peu gênantes
- modérément gênantes
- très gênantes
- extrêmement gênantes

**8** Depuis votre opération, avez-vous de nouveau été opéré(e) au genou?

- non
- oui, mais au genou opposée
- oui, au même genou

**9** Au cours de votre traitement pour votre problème au genou, à quel point avez-vous été satisfait de l'ensemble de votre prise en charge médicale dans notre hôpital?

- très satisfait(e)
- plutôt satisfait(e)
- ni satisfait(e) ni insatisfait(e)
- plutôt insatisfait(e)
- très insatisfait(e)

**10** Dans l'ensemble, dans quelle mesure l'opération vous a-t-elle aidée pour votre problème au genou?

- a beaucoup aidé
- a aidé
- n'a que peu aidé
- n'a pas aidé
- a aggravé la situation

Signature: .....