

Nous souhaitons évaluer la qualité de notre traitement et avons besoin de votre soutien à cet effet. Nous vous demandons donc de bien vouloir remplir ce questionnaire avant et après votre opération.

Etiquette / ID du patient	Enquête avant ou après l'opération (veuillez cocher la case correspondante)	<input type="radio"/> avant	<input type="radio"/> après
	Rempli le (JJ/MM/AAAA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Signature du patient	<input type="text"/>	

Des **problèmes de dos** peuvent entraîner des douleurs du dos et/ou des douleurs dans les jambes/fesses, ainsi que des troubles de la sensibilité tels des picotements, fourmillements, ou encore une diminution de la sensibilité dans ces mêmes régions.

Pour les 2 questions suivantes, nous aimerions que vous indiquiez l'intensité de votre douleur en sélectionnant une réponse (0 = aucune douleur, 10 = la pire douleur imaginable). Il y a des questions séparées pour les **douleurs du dos** et les **douleurs dans la jambe (sciatique)/fesse**.

1. Quelle a été l'intensité de votre **douleur de dos** durant la semaine écoulée?

aucune douleur
la pire douleur imaginable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Quelle a été l'intensité de votre **douleur dans la jambe (sciatique)/fesse** durant la semaine écoulée?

aucune douleur
la pire douleur imaginable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. **Durant la semaine écoulée**, à quel point vos problèmes de dos ont-ils gêné vos **activités habituelles** (votre travail comme vos activités domestiques)?

pas du tout
un peu
modérément
beaucoup
énormément

4. Si vous deviez passer **le restant de votre vie** avec les symptômes 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)

5. En repensant à **la semaine écoulée**, comment évaluez-vous votre qualité de vie?

très bonne
bonne
moyenne
mauvaise
très mauvaise

Enquête auprès des patients avant l'opération (questions 1–7, 12–18)

et après l'opération (toutes les questions 1–17)

6. 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 de dos?

aucun entre 1 et 7 jours entre 8 et 14 jours entre 15 et 21 jours plus de 21 jours

7. Durant les 4 dernières semaines, pendant combien de jours votre problème de dos vous a-t-il empêché de travailler (école, travail, activités domestiques)?

aucun entre 1 et 7 jours entre 8 et 14 jours entre 15 et 21 jours plus de 21 jours

Les réponses aux questions 8 à 11 ne doivent être données que dans l'enquête auprès des patients après l'opération !

8a. Avez-vous eu des complications liées à l'opération que vous avez subie dans notre hôpital (par ex: problèmes de cicatrisation, paralysie, troubles de la sensibilité)?

non oui si oui, veuillez le décrire

8b. Si oui à la question 8a, à quel point ces complications étaient-elles gênantes?

pas du tout gênantes légèrement gênantes modérément gênantes très gênantes extrêmement gênantes

9. Depuis votre opération dans notre hôpital, avez-vous à nouveau été opéré(e) au niveau de la colonne vertébrale (au milieu/bas du dos) dans notre ou dans un autre hôpital?

non oui, mais à un autre endroit de la colonne vertébrale oui, au même endroit de la colonne vertébrale (même segment)

10. Au cours de votre traitement pour votre problème de dos, 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)

11. Dans l'ensemble, dans quelle mesure l'opération dans notre hôpital vous a-t-elle aidée pour votre problème de dos?

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

Enquête auprès des patients avant l'opération (questions 1–7, 12–18)

et après l'opération (toutes les questions 1–17)

12. Mobilité

Je n'ai aucun problème à me déplacer à pied	J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied	J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied	J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied	Je suis incapable de me déplacer à pied
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Autonomie de la personne

Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)	J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)	J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)	J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)	Je suis incapable de me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Activités courantes

(par ex. travail, études, tâches ménagères, activités familiales ou de loisirs)

Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes	J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes	J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes	J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes	Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Douleurs / gêne

Je n'ai ni douleurs ni gêne	J'ai des douleurs ou une gêne légère(s)	J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)	J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s)	J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Anxiété / dépression

Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)	Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)	Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)	Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)	Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI.

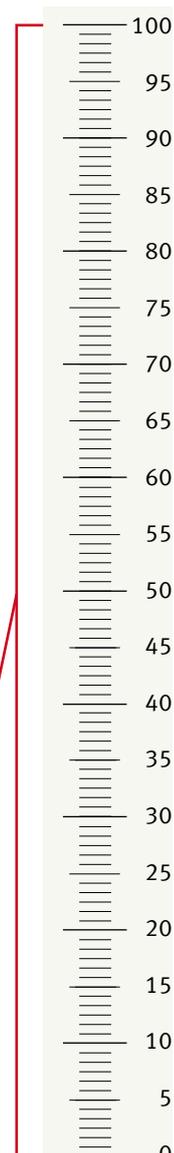
Vous verrez à droite une échelle numérotée de 0 à 100. 100 correspond à la **meilleure santé** que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la **pire santé** que vous puissiez imaginer.

Veillez indiquer sur l'échelle comment votre santé est **AUJOURD'HUI**.

Votre santé aujourd'hui

la meilleure santé que vous puissiez imaginer

la pire santé que vous puissiez imaginer



18. Votre niveau de formation (a compléter uniquement une fois, dans l'enquête avant l'opération !)

jusqu'à 9 ans de formation (école obligatoire)	10 à 13 ans de formation (école professionnelle, ECG, collège / gymnase)	plus de 13 ans de formation (université, école polytechnique, HES)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>