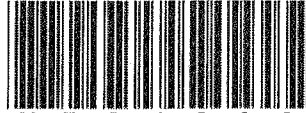




Hôpital général juif
Jewish General Hospital

3755, CÔTE STE-CATHERINE, MONTRÉAL, QC H3T 1E2



M R C 1 0 9 8

QUESTIONNAIRE CLINIQUE DE LA COLONNE VERTÉBRALE

Nom _____ Fumeur : Oui Non Quand avez-vous arrêté? _____
 Date _____ Assurances : Oui Non CSST: Oui Non
 Sex M F Âge _____ Je travaille présentement Oui
 Non, depuis _____
 Taille _____ Poids _____ Occupation _____
 Dernière année de scolarité _____ Type de travail: Femme à la maison Travail léger Travail Lourd
 Sédentaire Travail Moyen

DANS LA VIE EN GÉNÉRAL

- Je ne suis pas handicapé par mon problème
- J'ai un peu de douleur mais je peux faire mes tâches quand même
- J'ai de la douleur et je fais seulement des tâches légères
- Je ne peux pas travailler mais je peux marcher à l'extérieur
- Je ne peux pas travailler et je marche seulement de courtes distances
- Je ne travaille pas en raison de mon problème de dos
- Avez-vous perdu du poids récemment sans raison particulière ?
- Est-ce que la douleur est pire la nuit ?
- Avez-vous de la fièvre ou des sueurs pour des raisons inexplicables ?

J'AI EU LES TRAITEMENTS SUIVANTS

- Physiothérapie _____ semaines
- Médicaments _____ semaines
- Autres _____
- Pas de traitement

AMÉLIORATION DEPUIS LE DÉBUT DE LA DOULEUR

- Détérioration
- Pas d'amélioration (0%)
- Un peu d'amélioration (5-30%)
- Bonne amélioration (35-65%)
- Très bonne amélioration (70% et +)

CHIRURGIES LOMBAIRES ANTÉRIEURES

Oui Non

Si oui, énumérer :

J'AI DE LA DOULEUR DEPUIS

_____ Semaines
 _____ Mois
 _____ Années

Instructions : Ce questionnaire nous permet de recueillir des informations relatives sur la façon dont votre douleur au dos ou aux jambes a affecté votre vie quotidienne. Veuillez répondre à chaque section en cochant SEULEMENT UNE RÉPONSE, même si deux réponses s'applique à votre cas.
Veillez s'il vous plaît cocher seulement la réponse qui explique clairement votre problème.

1 – INTENSITÉ DE LA DOULEUR (cocher seulement un)

- Je peux supporter la douleur sans calmants
- La douleur est intense mais je réussis à me passer de calmants
- Les calmants me soulagent complètement de la douleur
- Les calmants me soulagent modérément de la douleur
- Les calmants ne me soulagent absolument pas

2 – SOINS PERSONNELS (cocher seulement un)

- Je peux m'en occuper sans aggraver la douleur
- Je peux m'en occuper mais cela aggrave la douleur
- C'est difficile mais j'y vais lentement et je suis prudent
- J'ai besoin d'un peu d'aide mais je peux me débrouiller seul
- J'ai besoin d'une aide quotidienne pour la plupart des soins
- Je me lave avec difficulté, ne m'habille pas et reste au lit

3 – LEVÉE DE POIDS (cocher seulement un)

- Je peux lever des poids lourds sans aggraver la douleur
- Je peux lever des poids lourds mais cela aggrave la douleur
- Je ne peux pas lever des poids lourds du plancher mais je me débrouille s'ils sont placés à portée de main ou sur la table.
- Je ne peux pas lever des poids lourds du plancher mais je peux lever des poids légers ou moyens à portée de main.
- Je ne peux lever que des poids très légers
- Je ne peux lever ni transporter aucun poids

4 – MARCHÉ (cocher seulement un)

- Je peux marcher aussi longtemps que je veux
- Je ne peux pas marcher plus de 20 minutes sans arrêt
- Je ne peux pas marcher plus de 10 minutes sans arrêt
- Je ne peux pas marcher plus de 5 minutes sans arrêt
- Je ne peux pas marcher sans canne ou des béquilles
- Je reste au lit la plupart du temps et je rampe aux toilettes

5 – POSITION ASSISE (cocher seulement un)

- Je peux demeurer assis aussi longtemps que je veux sur n'importe quel siège
- Je peux demeurer assis aussi longtemps que je veux sur mon siège préféré
- La douleur m'empêche de demeurer assis plus d'une heure
- La douleur m'empêche de demeurer assis plus de 30 minutes
- La douleur m'empêche de demeurer assis plus de 10 minutes
- La douleur m'empêche de m'asseoir

6 – POSITION DEBOUT (cocher seulement un)

- Je peux demeurer debout aussi longtemps que je veux
- Je peux demeurer debout aussi longtemps que je veux mais cela aggrave ma douleur
- La douleur m'empêche de demeurer debout plus d'une heure
- La douleur m'empêche de demeurer debout plus de 30 minutes
- La douleur m'empêche de demeurer debout plus de 10 minutes
- La douleur m'empêche de demeurer debout

7 – SOMMEIL (cocher seulement un)

- La douleur ne nuit aucunement à mon sommeil
- Je ne peux bien dormir sans prendre de comprimé
- Je dors moins de 6 heures même avec comprimés
- Je dors moins de 4 heures même avec comprimés
- Je dors moins de 3 heures même avec comprimés
- La douleur m'empêche totalement de dormir

8 – VIE SEXUELLE (cocher seulement un)

- Je n'ai pas de vie sexuelle
- J'ai une vie sexuelle normale, n'aggrave pas la douleur
- J'ai une vie sexuelle normale mais elle aggrave la douleur
- J'ai une vie sexuelle presque normale, elle aggrave beaucoup la douleur
- La douleur limite énormément ma vie sexuelle
- La douleur rend impossible toute vie sexuelle

9 – VIE SOCIALE (cocher seulement un)

- J'ai une vie sociale normale et elle n'aggrave pas la douleur
- J'ai une vie sociale normale mais elle aggrave la douleur
- La douleur influence peu ma vie sociale sauf pour les activités exigeantes comme les sports et la danse
- La douleur limite ma vie sociale et je sors peu
- La douleur limite ma vie sociale et je ne sors pas
- La douleur rend impossible toute vie sociale

10 – DÉPLACEMENTS (cocher seulement un)

- Je vais où je veux sans que cela aggrave la douleur
- Je vais où je veux mais cela aggrave la douleur
- La douleur est prononcée, je me déplace 2 heures
- La douleur me limite à des déplacements de moins d'une heure
- La douleur me limite à des déplacements de moins de 30 minutes
- La douleur m'empêche de me déplacer sauf pour aller à l'hôpital

S.V.P. Veuillez répondre aux questions ci-dessous
(vos réponses seront strictement confidentielles)

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Est-ce que quelqu'un d'autre est responsable de votre situation ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Avez-vous des problèmes avec vos amis, au travail ou à la maison à cause de votre accident ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Recevez-vous ou pensez-vous recevoir une compensation financière à cause de votre accident ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Avez-vous communiqué avec un avocat suite à votre accident ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Avez-vous des problèmes de sommeil à cause de votre douleur ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Est-ce que la douleur est constante (elle ne vous quitte jamais) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Est-ce que des médicaments ou des traitements vous ont déjà soulagés ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Avez-vous consulté plus de deux médecins en rapport à votre blessure ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 9. Est-ce qu'il est essentiel de trouver une cause physique à vos symptômes ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 10. Est-ce que la douleur s'étend à d'autres parties de votre corps entourant la colonne ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

N'oubliez pas de compléter la dernière page →

Signature du patient _____ Date _____

Merci pour votre temps

SVP Indiquez sur les dessins les régions de votre corps où vous ressentez votre douleur.
Employez seulement les symboles que vous trouverez ci-dessous.
Inclure toutes les régions touchées par la douleur.

Engourdi

===

Aiguilles

Brûlure

xxx

Coup de poignard

///

Douleur sourde

vvvv

