

Instructions

- Veuillez utiliser un crayon #2 pour remplir le formulaire.
- Les questions sont à réponse unique.
- Veuillez noircir entièrement les case de marquage.

Champs obligatoires

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

Nom	Prénom	Sexe
Rue	N° du patient	
Code postal	Ville	
Profession	Date de naissance (JJ.MM.AAAA)	N° de téléphone

Intervalle d'examination

- | | | | |
|--|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> avant l'opération | <input type="checkbox"/> 3 mois | <input type="checkbox"/> 2 ans | |
| <input type="checkbox"/> 4 semaines | <input type="checkbox"/> 6 mois | <input type="checkbox"/> 3 ans | |
| <input type="checkbox"/> 6 semaines | <input type="checkbox"/> 9 mois | <input type="checkbox"/> 4 ans | |
| <input type="checkbox"/> 2 mois | <input type="checkbox"/> 1 an | <input type="checkbox"/> 5 ans | |
| | | <input type="checkbox"/> autre:..... ans | |
- par ex. 4 mois = 4 mois/12 mois = 0.33 an*

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.

1 Parmi les problèmes suivants, lequel vous gêne **le plus** ? Ne cochez qu'une seule réponse s.v.p.

- douleur du dos
- douleur dans la jambe/fesse
- troubles de la sensibilité dans le dos/jambes/fesses (par ex. picotements, fourmillements, diminution de la sensibilité)
- aucun de ces problèmes

2 Pour les 2 questions suivantes (2a et 2b), nous aimerions que vous indiquiez l'intensité de votre douleur en cochant 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

2a Quelle a été l'intensité de votre **douleur de dos** durant la semaine écoulée?

aucune douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 la pire douleur imaginable

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

aucune douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 la pire douleur imaginable

3 **Durant la semaine écoulée**, à quel point vos douleurs de dos ont-elles **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

tournez la page s.v.p.

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 22 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 22 jours

————— Veuillez répondre aux questions suivantes seulement si vous remplissez ce questionnaire **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 → veuillez s.v.p. les décrire:

8b 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 subi **de nouveau une opération** au niveau de la colonne lombaire (dos) **dans notre ou dans un autre hôpital?**

- non
- oui, mais à un autre endroit de la colonne
- oui, au même endroit de la colonne (même niveau)

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?

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

Date

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 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

Signature: