

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 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 | par ex. 4 mois |
| <input type="checkbox"/> 2 mois | <input type="checkbox"/> 1 an | <input type="checkbox"/> 5 ans | = 4 mois/12 mois |
| | | <input type="checkbox"/> autre:..... ans | = 0.33 an |

Des problèmes de nuque peuvent entraîner des douleurs de la nuque et/ou des douleurs dans la région de l'épaule et du bras, 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 de la nuque
- douleur dans le bras et/ou l'épaule
- troubles de la sensibilité dans le bras et/ou l'épaule (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 de la nuque** et les **douleurs dans le bras** et/ou l'**épaule**.

2a Quelle a été l'intensité de votre **douleur de la nuque** 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 le bras** et/ou **l'épaule** 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 la nuque ont-elles **géné** 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 la nuque?

- 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 nuque 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 **une autre opération** au niveau de la colonne cervicale (nuque) **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 la nuque, 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 aidé pour votre problème de nuque?

- 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: