

Instructions

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

Champs obligatoires

A l'usage interne.
Pas lu par le scanner.

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------|---------------|--------------------------------|--|
| Nom | | Prénom | | Sexe | |
| Rue | | | N° du patient | | |
| Pays | | Code postal | | Ville | |
| Numéro de Sécurité sociale (no.AVS) | | | | Date de naissance (JJ.MM.AAAA) | |

Intervalle d'examination

- | | | | |
|--|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> avant le traitement | <input type="checkbox"/> 2 mois | <input type="checkbox"/> 2 ans | |
| <input type="checkbox"/> à la sortie (fin de traitement) | <input type="checkbox"/> 3 mois | <input type="checkbox"/> 3 ans | |
| <input type="checkbox"/> 4 semaines | <input type="checkbox"/> 6 mois | <input type="checkbox"/> 4 ans | <i>par ex. 4 mois = 4 mois/12 mois = 0.33 an</i> |
| <input type="checkbox"/> 6 semaines | <input type="checkbox"/> 9 mois | <input type="checkbox"/> 5 ans | |
| | <input type="checkbox"/> 1 an | <input type="checkbox"/> autre:ans | |

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

2b Quelle a été l'intensité de votre **douleur dans le bras et/ou l'épaule** durant la semaine écoulée?

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

3 **Durant la semaine écoulée**, à quel point vos **problèmes** 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 21 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 21 jours

----- Veuillez répondre aux questions suivantes seulement si vous remplissez ce questionnaire APRÈS le traitement -----

8a Avez-vous eu **des complications liées au traitement** que vous avez subi **dans notre institution (cabinet/ clinique)**? (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
- un peu gênantes
- modérément gênantes
- très gênantes
- extrêmement gênantes

9 Depuis votre **traitement** dans notre institution (cabinet/ clinique), avez-vous à **nouveau** été traité(e) au niveau de votre colonne cervicale (nuque) **dans notre ou dans une autre institution (cabinet/clinique)**?

- 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 institution (cabinet/ clinique)**?

- 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 le traitement **dans notre institution (cabinet/ clinique)** vous a-t-il 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 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25

Signature: