

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		
Pays		Code postal		Ville	
Numéro de Sécurité sociale (no.AVS)			Date de naissance (JJ.MM.AAAA)		

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 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.

