

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

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 **douleurs dans la jambe**(sciatique)/**fesse**

**2a** Quelle a été l'intensité de votre **douleur de dos** 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 la jambe**(sciatique)/ **fesse** 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 dos 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 dos?

- 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 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 21 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
- un peu gênantes
- modérément gênantes
- très gênantes
- extrêmement gênantes

**9** Depuis votre **opération** dans notre hôpital, avez-vous **à nouveau** été opéré(e) au niveau de votre 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: .....