

Fiche symptômes

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Cachet du médecin

1 À ce jour j'ai :

Cocher une ou plusieurs cases et entourer le chiffre correspondant au niveau de douleur ressentie de 0 (pas du tout) à 10 (extrême)

- Des douleurs au mouvement **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**
- Des douleurs au repos ou la nuit **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**
- Des douleurs dans certaines positions **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**
- Des brûlures ou des fourmillements ou des crampes **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**
- Une diminution de force **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**
- Une raideur **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**
- Un gonflement **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**
- Un engourdissement **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**
- Une rougeur **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

2 J'ai ces signes depuis...

Indiquer un nombre _____ semaines _____ mois _____ années

3 Je ne travaille plus depuis...

Indiquer un nombre _____ semaines _____ mois _____ années

4 Ces signes...

Cocher la case correspondante s'aggravent restent identiques

5 Je suis gêné(e)...

Cocher une ou plusieurs cases

- En permanence Pour les activités du quotidien Pour les activités professionnelles
- Uniquement la nuit Pour les activités sportives Pour les activités sexuelles
- Seulement la journée

6 Commentaires ou remarques supplémentaires :

7 Mes symptômes concernent...

Cocher une ou plusieurs cases

LE MEMBRE SUPÉRIEUR

Je suis gêné(e) pour

- Manger ou boire
- Me laver
- M'habiller
- Porter des objets en hauteur
- Saisir des objets de petite taille

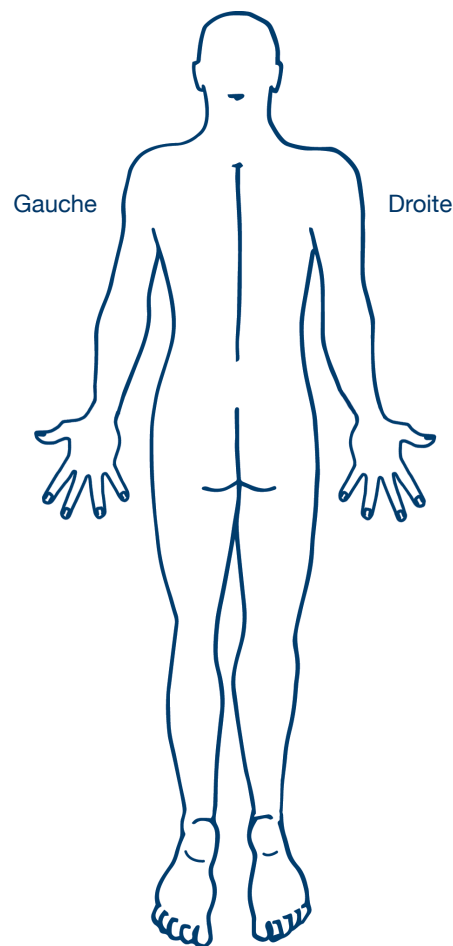
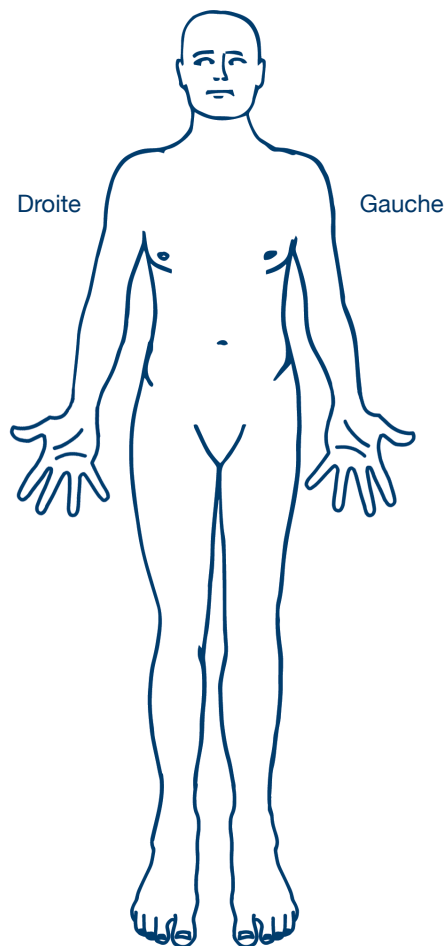
LE MEMBRE INFÉRIEUR ET/OU LA COLONNE VERTÉBRALE

Je suis gêné(e) pour

- Rester assis
- Me tenir debout
- Marcher
- M'habiller
- Me baisser pour ramasser des objets
- M'accroupir
- Uriner ou aller à la selle

8 Votre gêne ou votre douleur se situe...

Merci de marquer d'une ou plusieurs croix les zones correspondantes



À compléter par le (la) patient(e)

J'ai complété moi-même ce document
le/...../.....

Signature du (de la) patient(e) :

À compléter par le médecin

Le (la) patient(e) a complété ce document :

- En préopératoire En postopératoire

Signature du médecin :