

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

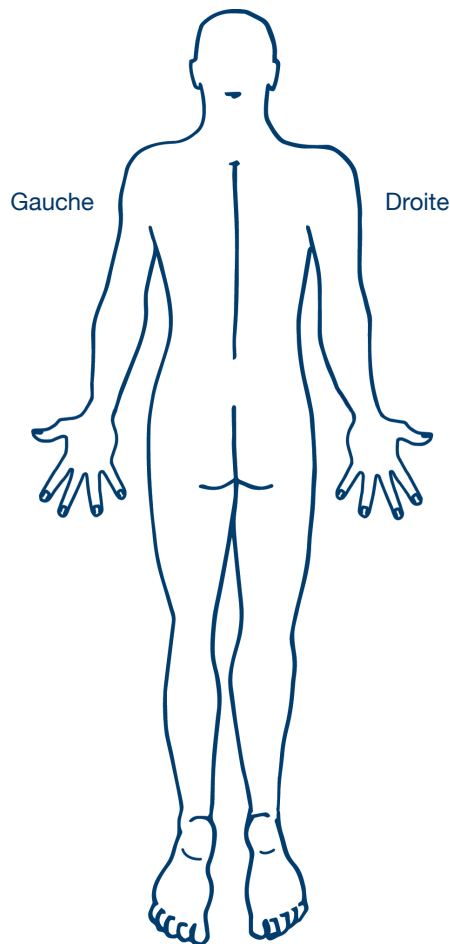
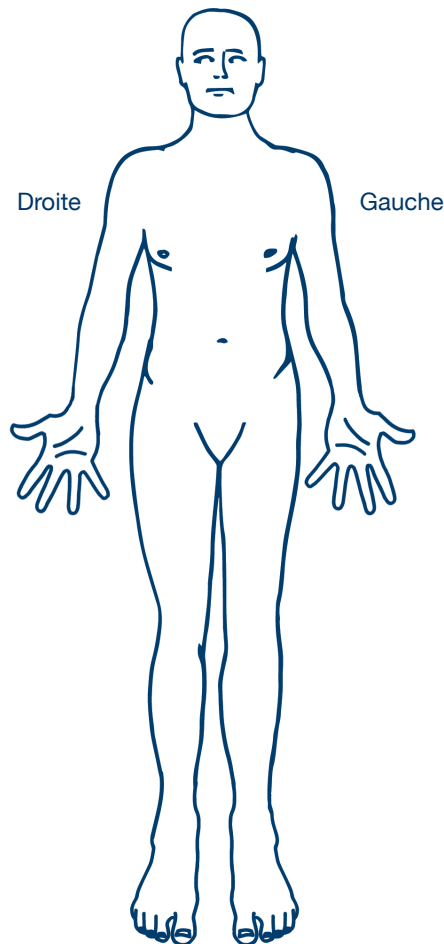
LE MEMBRE INFÉRIEUR ET/OU LA COLONNE VERTÉBRALE

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 :