

# 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

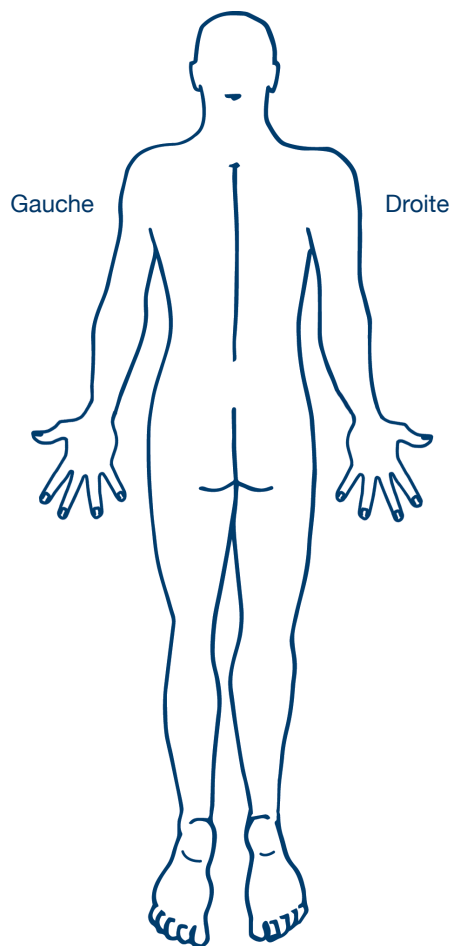
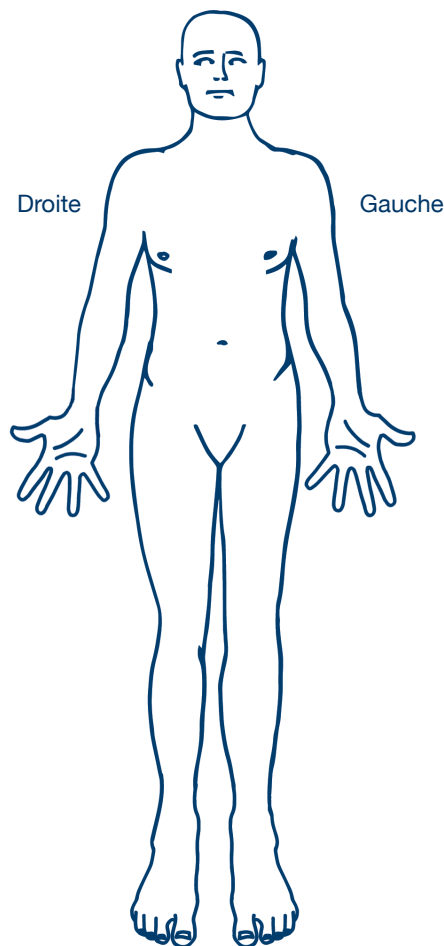
LE MEMBRE INFÉRIEUR ET/OU LA COLONNE VERTÉBRALE

**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 :