

CLINIQUE D'ACCÈS RAPIDE LOMBALGIE



FORMULAIRE D'ADMISSION (RENDEZ-VOUS DE SUIVI)

Date : aa/mm/jj

Nom :	Date de naissance : aa/mm/jj
-------	------------------------------

Au cours de la **dernière semaine**, à quel point ces symptômes **vous ont-ils gêné?**
(encerclez le chiffre correspondant à votre réponse)

	Pas du tout	Légèrement	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Douleur au bas du dos ou aux fesses	1	2	3	4	5	6
Douleur aux jambes	1	2	3	4	5	6
Engourdissement ou picotement dans les jambes ou les pieds	1	2	3	4	5	6
Faiblesse dans les jambes ou les pieds	1	2	3	4	5	6

L'intensité de votre douleur : Diminue Ne change pas Augmente

Votre état de santé a-t-il changé depuis votre dernier rendez-vous?
 Non Oui. Veuillez préciser : _____

Votre médication a-t-elle changé depuis votre dernier rendez-vous?
 Non Oui. Veuillez préciser : _____

Avez-vous essayé des traitements pour soulager votre douleur depuis votre dernier rendez-vous?
 Non Oui. Veuillez préciser : _____

Votre statut d'emploi a-t-il changé depuis votre dernier rendez-vous?
 Non Oui. Veuillez préciser : _____

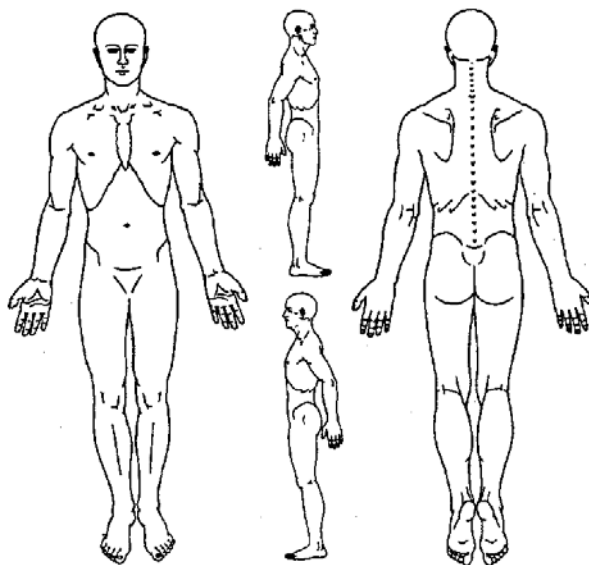
Nous voudrions savoir à quelle fréquence vous faites vos exercices. Au cours des 7 derniers jours, combien de fois avez-vous fait les exercices qui vous ont été prescrits pour vos douleurs lombaires?

Tous les jours 4 à 6 fois 1 à 3 fois Aucune

Si vous avez répondu « Aucune », veuillez nous dire pourquoi :

Je n'ai pas pu faire les exercices à cause de mes douleurs lombaires
 Je n'ai pas pu faire les exercices à cause d'une autre maladie/condition
 Je n'ai pas eu le temps
 Je ne sais pas trop comment faire les exercices
 Honnêtement, je n'avais pas envie de faire ces exercices
 Autre (précisez si vous le souhaitez : _____)

Diagramme de la douleur - Veuillez indiquer sur le diagramme ci-dessous l'emplacement de votre douleur ou inconfort.



Sur l'échelle ci-dessous, évaluez votre douleur au dos et aux jambes (le cas échéant) au cours de la dernière semaine. Les degrés d'intensité vont de « aucune douleur » à la « pire douleur possible ».

Douleur au dos, au mieux :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune douleur

Pire douleur possible

Douleur au dos au pire :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune douleur

Pire douleur possible

Douleur aux jambes, au mieux :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune douleur

Pire douleur possible

Douleur aux jambes, au pire :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune douleur

Pire douleur possible

Pendant combien de temps pouvez-vous faire les activités suivantes confortablement?

Activité :	S'asseoir	Se tenir debout	Marcher	Dormir
Temps :	_____ min.	_____ min.	_____ min.	_____ h

Questionnaire Oswestry

DIRECTIVES : Répondez à chaque question en cochant la case appropriée. Pour changer une réponse, rayez complètement l'énoncé sélectionné et cochez la case en regard de votre nouvelle réponse. En cas d'hésitation, cochez la réponse qui vous semble la plus exacte. Cochez une seule réponse pour chaque question, à moins d'avis contraire.

<p>1. INTENSITÉ DE LA DOULEUR :</p> <p><input type="checkbox"/> En ce moment, je ne ressens aucune douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> En ce moment, la douleur est très légère.</p> <p><input type="checkbox"/> En ce moment, la douleur est modérée.</p> <p><input type="checkbox"/> En ce moment, la douleur est assez forte.</p> <p><input type="checkbox"/> En ce moment, la douleur est très forte.</p> <p><input type="checkbox"/> En ce moment, je ressens la pire douleur imaginable.</p>	<p>6. POSITION DEBOUT :</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux rester debout aussi longtemps que je le veux sans que la douleur augmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux rester debout aussi longtemps que je le veux, mais cela augmente la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester debout plus d'une heure.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester debout plus d'une demi-heure.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester debout plus de dix minutes.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche complètement de me tenir debout.</p>
<p>2. SOINS PERSONNELS (SE LAVER, S'HABILLER, ETC.) :</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux faire mes soins personnels sans que la douleur augmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux faire mes soins personnels, mais cela augmente la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> C'est douloureux de faire mes soins personnels et je les fais lentement et avec précaution.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai besoin d'un peu d'aide, mais je peux faire la plupart de mes soins personnels.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai besoin d'aide tous les jours pour la plupart de mes soins personnels.</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne peux plus m'habiller, je me lave avec difficulté et je reste au lit.</p>	<p>7. SOMMEIL :</p> <p><input type="checkbox"/> Mon sommeil n'est jamais perturbé par la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Mon sommeil est parfois perturbé par la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> À cause de la douleur, je dors moins de six heures.</p> <p><input type="checkbox"/> À cause de la douleur, je dors moins de quatre heures.</p> <p><input type="checkbox"/> À cause de la douleur, je dors moins de deux heures.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche complètement de dormir.</p>
<p>3. SOULEVER DES OBJETS :</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux soulever des objets lourds sans que la douleur augmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux soulever des objets lourds mais cela augmente la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de soulever des objets lourds à partir du sol, mais je peux les soulever s'ils sont bien placés, par exemple sur une table.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de soulever des objets lourds, mais je peux soulever des objets légers ou moyens s'ils sont bien placés.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux seulement soulever des objets très légers.</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne peux rien soulever ni transporter.</p>	<p>8. VIE SEXUELLE (si présente) :</p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est normale et n'entraîne pas d'augmentation de la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est normale, mais elle cause une certaine augmentation de la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est presque normale, mais très douloureuse.</p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est très limitée par la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est presque inexistante à cause de la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche toute vie sexuelle.</p>
<p>4. MARCHE :</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur ne m'empêche pas de marcher, quelle que soit la distance.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher plus de 1 km.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher plus de 250 m.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher plus de 100 m.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux marcher seulement à l'aide d'une canne ou de béquilles.</p> <p><input type="checkbox"/> Je reste au lit la plupart du temps et je dois me traîner jusqu'aux toilettes.</p>	<p>9. VIE SOCIALE :</p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sociale est normale et n'entraîne pas d'augmentation de la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sociale est normale, mais elle augmente l'intensité de la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur n'a pas d'effet important sur ma vie sociale, à part de limiter mes activités les plus vigoureuses (sport, danse, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur limite ma vie sociale et je ne sors plus autant qu'avant.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur limite ma vie sociale à mon domicile.</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'ai pas de vie sociale à cause de la douleur.</p>
<p>5. POSITION ASSISE :</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux m'asseoir sur n'importe quel siège aussi longtemps que je le veux.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux m'asseoir sur mon siège favori aussi longtemps que je le veux.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de m'asseoir plus d'une heure.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de m'asseoir plus d'une demi-heure.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de m'asseoir plus de dix minutes.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche complètement de m'asseoir.</p>	<p>10. DÉPLACEMENTS :</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux me rendre n'importe où sans douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux me rendre n'importe où, mais cela augmente la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur est forte, mais je peux faire un trajet de plus de deux heures.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur me limite à des déplacements de moins d'une heure.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur me limite à de courts déplacements nécessaires de moins de 30 minutes.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me déplacer, sauf pour recevoir un traitement.</p>

Questionnaire EQ-5D

Dans chaque section, veuillez cocher **UNE** case, celle qui décrit le mieux votre santé **AUJOURD'HUI** :

MOBILITÉ :

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied
- Je suis incapable de me déplacer à pied

DOULEURS/INCONFORT :

- Je n'ai ni douleur ni inconfort
- J'ai des douleurs ou un inconfort léger(ères)
- J'ai des douleurs ou un inconfort modéré(es)
- J'ai des douleurs ou un inconfort sévère(s)
- J'ai des douleurs ou un inconfort extrême(s)

AUTONOMIE DE LA PERSONNE :

- Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

ANXIÉTÉ/DÉPRESSION :

- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)
- Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

ACTIVITÉS COURANTES (exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs) :

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

Questionnaire STarT Back

Cochez la case en fonction de votre accord ou désaccord avec les affirmations suivantes en vous référant à ces **2 dernières semaines** :

	Pas d'accord	D'accord		
	0	1		
1. À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, mon mal de dos s'est propagé dans ma/mes jambe(s) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, j'ai eu mal à l' épaule ou au cou .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Je n'ai parcouru à pied que de courtes distances à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Au cours des 2 dernières semaines, je me suis habillé(e) plus lentement que d'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Il n'est pas vraiment prudent pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Je considère que mon mal de dos est épouvantable et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. De manière générale, je n'ai pas apprécié toutes les choses que j'appréciais avant à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné(e) au cours des 2 dernières semaines ?				
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	0	0	1	1

Score total (les 9 énoncés) : _____ Sous-score (énoncés 5-9) : _____