

# Enquête auprès des patients

## Chères patientes, chers patients

C'est avec plaisir que nous vous demandons d'évaluer votre état de santé dans ce questionnaire. Vos indications sur l'état avant et après l'opération nous aident à améliorer en permanence la qualité de notre traitement. La participation est volontaire. Vous n'avez pas à justifier votre décision de participer et vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Si vous indiquez vos coordonnées, vous nous autorisez à les enregistrer et à vous envoyer un deuxième questionnaire après l'opération.

Comment pouvons-nous vous contacter ?

email

SMS

lettre

## À remplir par la clinique

Étiquette / ID du patient

Traitement sur l'articulation suivante

En cas d'intervention simultanée des deux côtés (intervention bilatérale), veuillez remplir deux formulaires.

Hanche    gauche  
 Genou  
 Épaule    droite

Entretien avant ou après l'opération

avant  après

rempli le (JJ/MM/AAAA)

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Date de l'opération (JJ/MM/AAAA)

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

La date de l'opération n'est pas encore connue

Pour les questions 1 à 5, veuillez cocher la case qui décrit le mieux votre état de santé **aujourd'hui**.

### 1. 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 2. 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) seule(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) seule(e)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3. Activités courantes (exemples: travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

Je n'ai aucun problème à accomplir mes activités courantes	J'ai de légers problèmes à accomplir mes activités courantes	J'ai des problèmes modérés à accomplir mes activités courantes	J'ai de grands problèmes à accomplir mes activités courantes	Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 4. Douleurs / gêne

Je n'ai ni douleurs, ni gêne	J'ai des douleurs ou un inconfort légère(s)	J'ai des douleurs ou un inconfort modérée(s)	J'ai des douleurs ou un inconfort sévère(s)	J'ai des douleurs ou un inconfort extrême(s)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 5. Anxiété / dépression

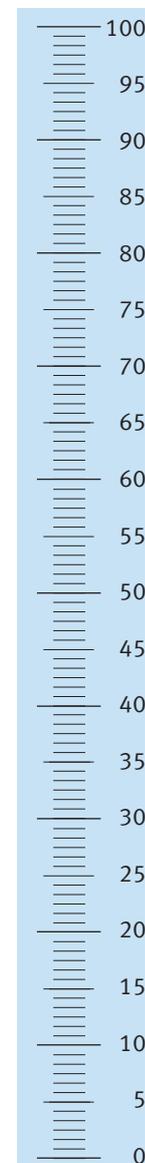
Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)	Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)	Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)	Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)	Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 6. Santé en générale

- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise **aujourd'hui**.
- Vous voyez une échelle à droite. Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à **la meilleure** santé que vous puissiez imaginer.  
 0 correspond à **la pire** santé que vous puissiez imaginer.
- Veuillez faire un X sur l'échelle afin d'indiquer votre état de santé **aujourd'hui**.
- Maintenant, veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l'échelle.

Votre santé **AUJOURD'HUI** (0-100) =

La meilleure  
santé que vous  
puissiez  
imaginer  
(=100)



## 7. Douleurs spécifiques à l'articulation

Veuillez cocher le chiffre correspondant à l'intensité de la douleur dans l'articulation mentionnée à la page 1.

Quelle était l'intensité de vos douleurs **spécifiques aux articulations** au cours **de la semaine dernière** ?

**aucune** douleur

la **pire** douleur  
imaginable



## 8. Satisfaction spécifique à l'articulation

Si vous deviez passer **le reste de votre vie** avec les symptômes que vous avez maintenant dans l'articulation mentionnée à la page 1, comment vous sentiriez-vous ?

très  
satisfait(e)

plutôt  
satisfait(e)

ni satisfait(e)  
ni insatisfait(e)

plutôt  
insatisfait(e)

très  
insatisfait(e)



## 9. Niveau de formation

(a compléter uniquement une fois, dans l'enquête **avant l'opération**)

jusqu'à 9 ans  
de formation  
(école obligatoire)

10 à 13 ans  
de formation  
(école professionnelle,  
ECG, collège / gymnase)

plus de 13 ans  
de formation  
(université, école poly-  
technique, HES)

non  
spécifié



La pire santé  
que vous  
puissiez  
imaginer  
(=0)