

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

A remplir par la clinique

Étiquette / ID du patient

Traitement sur l'articulation suivante Genou gauche

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

Genou droite

Entretien avant ou après l'opération avant après

rempli le (JJ/MM/AAAA)

Date de l'opération (JJ/MM/AAAA)

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

Problèmes avec votre genou Veuillez cocher une case pour chaque question (x).

1. Au cours des 4 dernières semaines...

Comment décririez-vous la douleur liée au genou que vous ressentez en général ?

Aucune Très légère Légère Modérée Intense

2. Au cours des 4 dernières semaines...

Avez-vous eu des problèmes en vous lavant ou en vous séchant (le corps) à cause de votre genou ?

Aucun problème Très peu de problèmes Des problèmes modérés Des difficultés extrêmes Impossible à faire

3. Au cours des 4 dernières semaines...

Avez-vous eu des problèmes pour entrer et sortir d'une voiture ou utiliser des transports publics (en fonction de ce que vous avez l'habitude d'utiliser) à cause de votre genou ?

Aucun problème Très peu de problèmes Des problèmes modérés Des difficultés extrêmes Impossible à faire

4. Au cours des 4 dernières semaines...

Pendant combien de temps avez-vous été capable de marcher (avec ou sans canne) avant que la douleur liée à votre genou devienne **intense** ?

Aucune douleur / plus de 30 minutes De 16 à 30 minutes De 5 à 15 minutes Seulement à l'intérieur du domicile Pas du tout / douleur intense en marchant

5. Au cours des 4 dernières semaines . . .

Après un repas (assis(e) à table), quelle douleur avez-vous ressentie en vous levant de la chaise à cause de votre genou ?

Aucune douleur	Légère douleur	Douleur modérée	Douleur importante	Douleur insupportable
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Au cours des 4 dernières semaines . . .

Avez-vous boité en marchant à cause de votre genou ?

Rarement / jamais	Parfois ou juste au début	Souvent, pas seulement au début	La plupart du temps	Tout le temps
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Au cours des 4 dernières semaines . . .

Seriez-vous parvenu(e) à vous agenouiller et à vous relever après ?

Oui, facilement	Avec un peu de difficulté	Avec une difficulté moyenne	Avec une extrême difficulté	Non, impossible
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Au cours des 4 dernières semaines . . .

Avez-vous été gêné(e) par la douleur liée à votre genou au lit la nuit ?

Pas une seule nuit	Seulement 1 ou 2 nuits	Certaines nuits	La plupart des nuits	Toutes les nuits
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Au cours des 4 dernières semaines . . .

Dans quelle mesure la douleur liée à votre genou a-t-elle interféré avec votre travail habituel (y compris domestique) ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Fortement	Totalement
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Au cours des 4 dernières semaines . . .

Avez-vous senti que votre genou pouvait tout à coup « céder » ou vous lâcher ?

Rarement / jamais	Parfois ou juste au début	Souvent, pas seulement au début	La plupart du temps	Tout le temps
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Au cours des 4 dernières semaines . . .

Auriez-vous été capable de faire seul(e) les courses pour votre foyer ?

Oui, facilement	Avec un peu de difficulté	Avec une difficulté moyenne	Avec une extrême difficulté	Non, impossible
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Au cours des 4 dernières semaines . . .

Auriez-vous pu descendre des escaliers ?

Oui, facilement	Avec un peu de difficulté	Avec une difficulté moyenne	Avec une extrême difficulté	Non, impossible
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pour finir, veuillez vous assurer que vous avez répondu à toutes les questions.**Merci beaucoup.**