

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 Épaule gauche

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

Épaule 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 épaule Veuillez cocher une case pour chaque question (x).

1. Au cours des 4 dernières semaines ...

Comment décririez-vous la **pire** douleur que vous avez ressentie à l'épaule ?

Aucune Légère Modérée Intense Insupportable

2. Au cours des 4 dernières semaines ...

Avez-vous eu des difficultés pour vous habiller seul(e) à cause de votre épaule ?

Aucune difficulté Légères difficultés Difficultés modérées Extrêmes difficultés Impossible de le faire

3. Au cours des 4 dernières semaines ...

Avez-vous eu des difficultés à monter à bord et sortir d'une voiture ou à utiliser les transports en commun à cause de votre épaule (quel que soit le mode de transport que vous utilisez habituellement) ?

Aucune difficulté Légères difficultés Difficultés modérées Extrêmes difficultés Impossible de le faire

4. Au cours des 4 dernières semaines ...

Avez-vous pu utiliser un couteau et une fourchette en même temps ?

Oui, facilement Avec un peu de difficulté Avec une difficulté modérées Avec des difficultés extrêmes Non, impossible

5. Au cours des 4 dernières semaines ...

Auriez-vous pu faire les courses du foyer de façon autonome ?

Oui, facilement Avec un peu de difficulté Avec une difficulté modérées Avec des difficultés extrêmes Non, impossible

6. Au cours des 4 dernières semaines ...

Auriez-vous pu traverser une salle en portant un plateau avec une assiette de nourriture ?

Oui, facilement	Avec un peu de difficulté	Avec une difficulté modérées	Avec des difficultés extrêmes	Non, impossible
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Au cours des 4 dernières semaines ...

Auriez-vous pu vous brosser/peigner les cheveux avec le bras atteint ?

Oui, facilement	Avec un peu de difficulté	Avec une difficulté modérées	Avec des difficultés extrêmes	Non, impossible
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Au cours des 4 dernières semaines ...

Comment décririez-vous la douleur à l'épaule que vous ressentez habituellement ?

Aucune	Très légère	Légère	Modérée	Intense
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Au cours des 4 dernières semaines ...

Auriez-vous pu suspendre vos habits dans une armoire avec le bras atteint ?

Oui, facilement	Avec un peu de difficulté	Avec une difficulté modérées	Avec des difficultés extrêmes	Non, impossible
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Au cours des 4 dernières semaines ...

Avez-vous pu vous laver et vous sécher sous les deux bras ?

Oui, facilement	Avec un peu de difficulté	Avec une difficulté modérées	Avec des difficultés extrêmes	Non, impossible
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. In den vergangenen 4 Wochen ...

À quel point votre douleur à l'épaule a-t-elle perturbé vos tâches quotidiennes (et ménagères) ?

Pas du tout	Légèrement	Modérément	Considérablement	Totalement
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Au cours des 4 dernières semaines ...

Votre douleur à l'épaule vous a-t-elle gêné(e) au lit pendant la nuit ?

Non, aucune nuit	Seulement 1 ou 2 nuits	Quelques nuits	La plupart des nuits	Toutes les nuits
<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.