

Fiche symptômes

Nom _____

Prénom _____

Âge _____

Poids et taille _____

Tabac (nombre cig/j) _____

Complémentaire santé solidaire (CMU, ACS) OUI NON

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

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

Un gonflement

Un engourdissement

Une rougeur

Un blocage

Une diminution de force

Une raideur

Un déroboement

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 s'améliorent

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 Avez-vous une allergie aux métaux ? oui non peut être

Si oui, à quel métal : _____

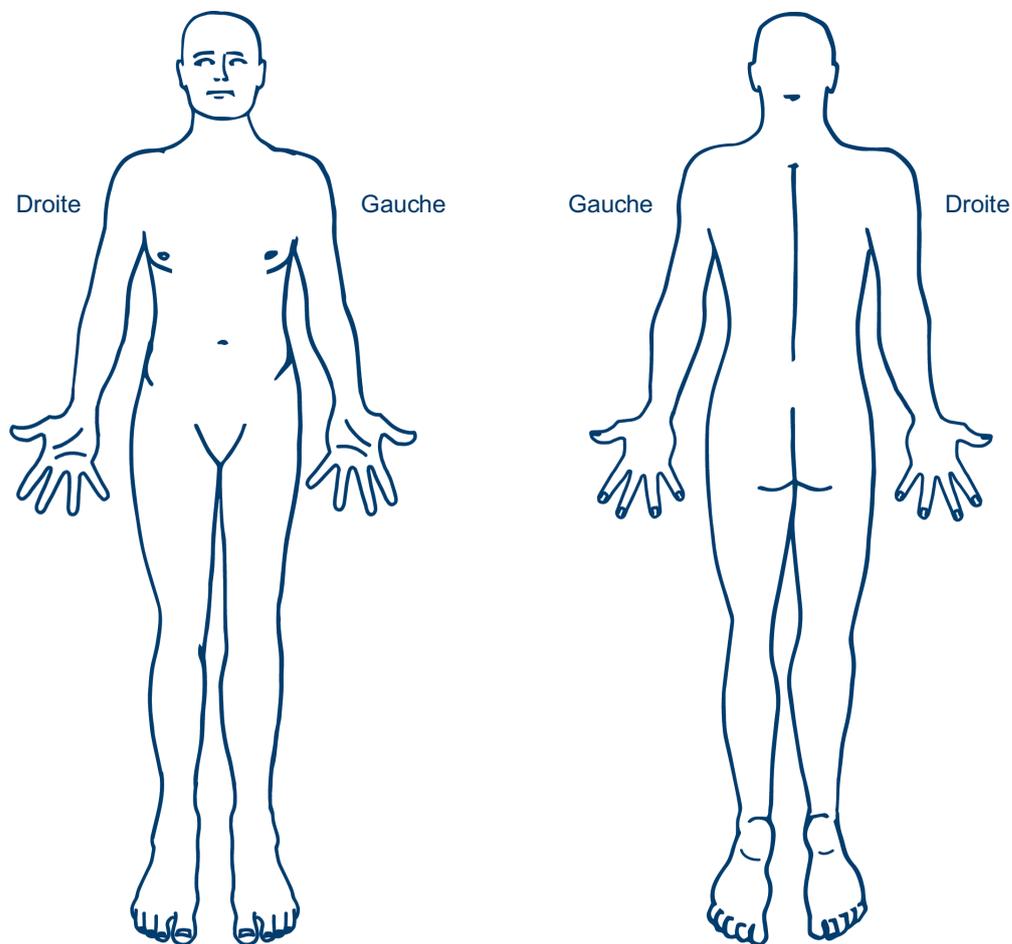
Avez-vous déjà eu une réaction cutanée aux boucles de ceintures ou à des bijoux fantaisies (grattage, prurit...) ?

Oui Non

Précisions : _____

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 :