

Nom, Prénom _____

Âge _____

Poids et taille _____

Tabac (nombre cig/j) _____

Profession _____

Sport _____

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)

niveau de douleur

Des douleurs à la marche → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Des douleurs assis ou en se levant → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Des douleurs lors de la montée des escaliers → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Des douleurs lors de la descente des escaliers → 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

Une diminution de force

Un engourdissement

Une raideur

Une rougeur

Un dérochement

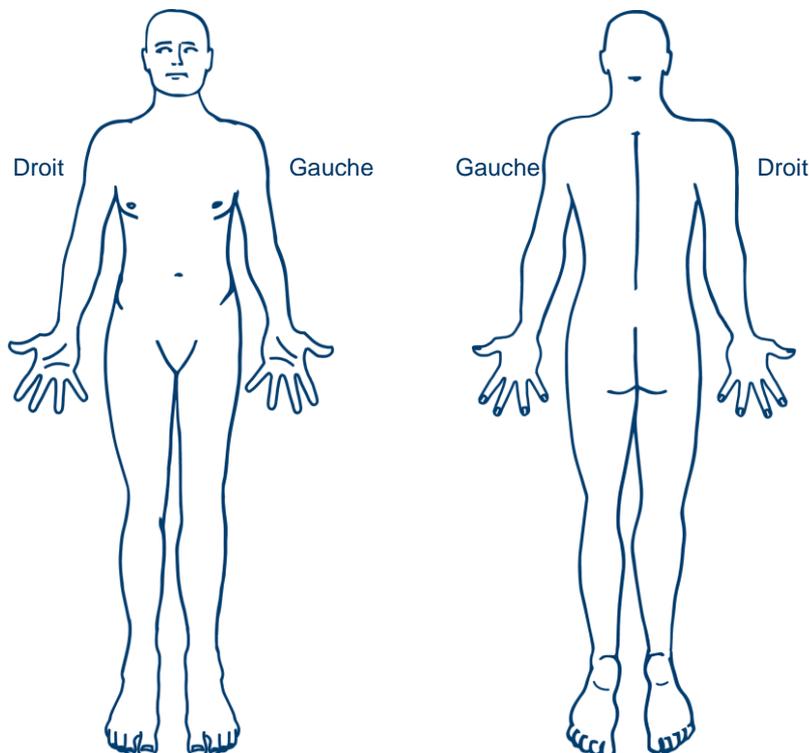
Un blocage

2 Aide à la marche

Canne Béquilles Déambulateur Fauteuil roulant

3 Ma gêne ou ma douleur se situe...

Merci de marquer d'une ou plusieurs croix les zones correspondantes



4 J'ai ces signes depuis...

Indiquer un nombre

_____ semaines

_____ mois

_____ années

5 Ces signes...

Cocher la case correspondante

s'aggravent

restent identiques

s'améliorent

6 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

7.1 Je prends des médicaments contre la douleur...

Indiquez le(s)quel(s), et quand

7.2 J'ai déjà eu une infiltration / viscosupplémentation

OUI NON

8 Je ne travaille plus depuis...

Indiquer un nombre

_____ semaines

_____ mois

_____ années

9 Mon activité au quotidien...

Cocher la case correspondante

J'ai un travail manuel, je pratique un sport de contact ou de compétition

Je suis employé(e) de bureau, je pratique un sport de loisir (sans contact)

J'ai une activité occasionnelle, je fais du jardinage

Je suis semi-sédentaire, je réalise les tâches ménagères

Je suis sédentaire, j'ai besoin d'assistance

10 Impact de la coxarthrose / gonarthrose sur qualité de vie

Léger

Modéré

Sévère

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

Si oui, à quel métal : _____

oui

non

peut être

Le/...../.....

Signature du (de la) patient(e) :