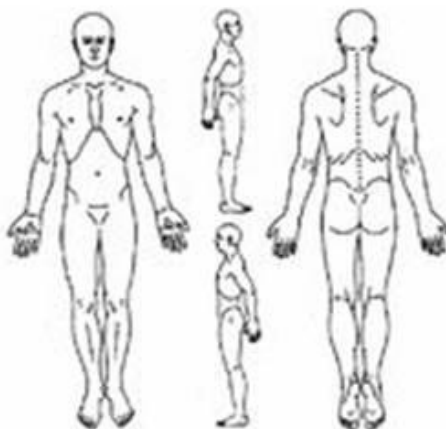


NB - Inter-professional Spine Assessment
and Education Clinic (NB-ISAEC)

PATIENT FOLLOW-UP

Pain Diagram – Please mark the area of injury or discomfort



Back/ Leg Pain

Indicate below how you would rate your average pain level during the past week in your back and leg(s) (as applicable, ranging from no pain to the worst possible pain you can imagine.

Back pain at its best:

No Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Pain Possible
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Back pain at its worst:

No Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Pain Possible
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Leg pain at its best:

No Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Pain Possible
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Leg pain at its worst:

No Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Pain Possible
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

How long can you comfortably:

Activity	Sit	Stand	Walk	Sleep
Time _____	_____ minutes	_____ minutes	_____ minutes	_____ hours

PATIENT FOLLOW-UP

During the past week , how bothersome have these symptoms been ? (please check to which you are referring)						
	Not at all bothersome	Slightly bothersome	Somewhat bothersome	Moderately Bothersome	Very bothersome	Extremely bothersome
Low back and/or buttock pain	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Leg pain	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Numbness or tingling in the leg and/or foot	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Weakness in the leg and/or foot	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Is your pain:	☐ Improving	☐ Staying the same	☐ Getting worse
---------------	------------------------------------	---	--

Have there been any changes in your health since your last visit:
☐ No ☐ Yes Describe: _____

Have you had any changes to your medications since your last visit:
☐ No ☐ Yes Describe: _____

Have you tried any treatments for your pain since your last visit?
☐ No ☐ Yes Describe: _____

Has your employment status changed since your last visit?
☐ No ☐ Yes Describe: _____

We would like to know how often you are exercising. In the past 7 days, how many times did you perform your prescribed low back pain exercises?
☐ Everyday ☐ 4-6 times ☐ 1-3 times ☐ None

If you answered 'none', please check the reason that fits you best:

- ☐ I couldn't perform the exercises because of my lower back pain
- ☐ I couldn't perform the exercises because of another illness/ condition
- ☐ I just didn't have the time
- ☐ I'm not certain how to do the exercises
- ☐ Honestly, I just wasn't interested in performing them
- ☐ Other (optional) specify: _____

NB - Inter-professional Spine Assessment
and Education Clinic (NB-ISAEC)

PATIENT FOLLOW-UP

Oswestry Disability Index (ODI)

DIRECTIONS: Answer every question by marking the correct box. If you need to change an answer, completely scratch out the incorrect answer and mark the correct box. If you are unsure about how to answer a question, please give the best answer you can. Mark only one answer for each question unless instructed otherwise.

1. PAIN INTENSITY: ☐ I can tolerate the pain I have without having to use pain killers. ☐ The pain is bad but I manage without taking pain killers. ☐ Pain killers give complete relief from pain. ☐ Pain killers give moderate relief from pain. ☐ Pain killers give very little relief from pain ☐ Pain killers have no effect on the pain, I do not use them.	6. STANDING: ☐ I can stand as long as I want without extra pain. ☐ I can stand as long as I want but it gives extra pain. ☐ Pain prevents me from standing more than one hour. ☐ Pain prevents me from standing more than thirty minutes. ☐ Pain prevents me from standing more than ten minutes. ☐ Pain prevents me from standing at all.
2. PERSONAL CARE (WASHING, DRESSING, ETC): ☐ I can look after myself normally without it causing extra pain. ☐ I can look after myself normally but it causes extra pain. ☐ It is painful to look after myself and I am slow and careful. ☐ I need some help but manage most of my personal care. ☐ I need help every day in most aspects of self-care. ☐ I do not get dressed, wash with difficulty and stay in bed.	7. SLEEPING: ☐ Pain does not prevent me from sleeping well. ☐ I can sleep well by using tablets. ☐ Even when I take tablets I have less than six hours sleep. ☐ Even when I take tablets I have less than four hours sleep. ☐ Even when I take tablets I have less than two hours sleep. ☐ Pain prevents me from sleeping at all.
3. LIFTING: ☐ I can lift heavy weights without extra pain. ☐ I can lift heavy weights but it gives extra pain. ☐ Pain prevents me from lifting heavy weights off the floor, but I can manage if they are conveniently positioned (ie on a table). ☐ Pain prevents me from lifting heavy weights, but I can manage light to medium weights if they are conveniently positioned. ☐ I can only lift very light weights. ☐ I cannot lift or carry anything at all.	8. EMPLOYMENT/ HOMEMAKING: ☐ My normal homemaking/job activities do not cause pain. ☐ My normal homemaking/job activities increase my pain, but I can still perform all that is required of me. ☐ I can perform most of my homemaking/job duties but pain prevents me from performing more physically stressful activities (i.e. lifting, vacuuming). ☐ Pain prevents me from doing anything but light duties. ☐ Pain prevents me from doing even light duties. ☐ Pain prevents me from performing any job or homemaking chores.
4. WALKING: ☐ Pain does not prevent me from walking any distance. ☐ Pain prevents me walking more than 1 mile. ☐ Pain prevents me walking more than ½ mile. ☐ Pain prevents me walking more than ¼ mile. ☐ I can only walk using a stick or crutches. ☐ I am in bed most of the time and have to crawl to the toilet.	9. SOCIAL LIFE: ☐ My social life is normal and gives me no extra pain. ☐ My social life is normal but increases the degree of pain. ☐ Pain has no significant effect on my social life apart from limiting my more energetic interests. ☐ Pain has restricted my social life and I do not go out as often. ☐ Pain has restricted my social life to home. ☐ I have no social life because of pain.
5. SITTING: ☐ I can sit in any chair as long as I like. ☐ I can only sit in my favourite chair as long as I like. ☐ Pain prevents me from sitting more than one hour. ☐ Pain prevents me from sitting more than 30 minutes. ☐ Pain prevents me from sitting more than 10 minutes. ☐ Pain prevents me from sitting at all.	10. TRAVELING: ☐ I can travel anywhere without extra pain. ☐ I can travel anywhere but it gives extra pain. ☐ Pain is bad but I manage journeys over two hours. ☐ Pain restricts me to journeys less than one hour. ☐ Pain restricts me to short journeys less than thirty minutes. ☐ Pain prevents me from traveling except to the doctor or hospital.

PATIENT FOLLOW-UP

EuroQol (EQ-5D)

By placing a tick in one box in each group below, please indicate which statements best describes your own health state
TODAY:

A. MOBILITY:

- ☐ I have no problems walking about.
- ☐ I have some problems in walking about.
- ☐ I am confined to bed.

B. SELF-CARE:

- ☐ I have no problems with self-care.
- ☐ I have some problems washing or dressing myself.
- ☐ I am unable to wash or dress myself.

C. USUAL ACTIVITIES (eg., work, study, housework, family or leisure activities):

- ☐ I have no problems with performing my usual activities.
- ☐ I have some problems with performing my usual activities.
- ☐ I am unable to perform my usual activities.

D. PAIN/ DISCOMFORT:

- ☐ I have no pain or discomfort.
- ☐ I have moderate pain or discomfort.
- ☐ I have extreme pain or discomfort.

E. ANXIETY:

- ☐ I am not anxious or depressed.
- ☐ I am moderately anxious or depressed.
- ☐ I am extremely anxious or depressed.

PATIENT FOLLOW-UP

STarT Back

Thinking about the **last 2 weeks** tick your response to the following questions:

	Disagree	Agree
My back pain has spread down my leg(s) at some time in the last 2 weeks	☐	☐
I have had pain in the shoulder or neck at some time in the last 2 weeks	☐	☐
I have only walked short distances because of my back pain	☐	☐
In the last 2 weeks, I have dressed more slowly than usual because of my back pain	☐	☐
It's not really safe for a person with a condition like mine to be physically active	☐	☐
Worrying thoughts have been going through my mind a lot of the time	☐	☐
I feel that my back pain is terrible and it's never going to get any better	☐	☐
In general, I have not enjoyed all the things I used to enjoy	☐	☐

Overall, how **bothersome** has your back pain been in the **last 2 weeks**?

Not at all	Slightly	Moderately	Very Much	Extremely
☐	☐	☐	☐	☐
0	0	0	1	1

PATIENT FOLLOW-UP

Patient Satisfaction Questionnaire

	Strongly agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly disagree
1. Overall, I am satisfied with my ISAEC consultation.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. The wait time for my consultation was satisfactory.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. I understand my condition much better after seeing this clinician.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. The recommendations and advice (management and exercise/ activity advice) were helpful.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. The educational materials that were given were useful.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. I am confident that this clinician was the most appropriate health care professional to be seeing me about my problem.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Comments:

Patient Name: _____

Patient Signature: _____

Date: _____

NB-ISAEC Clinician Name: _____

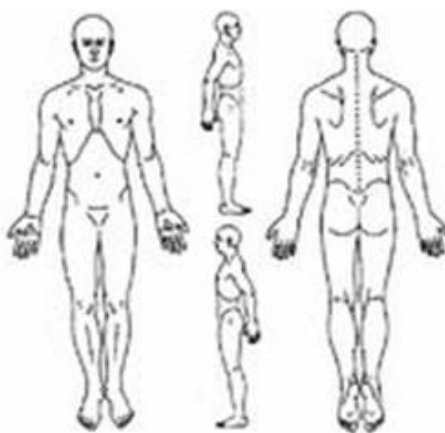
NB-ISAEC Clinician Signature: _____

Date: _____

Clinique multidisciplinaire d'évaluation et de
réadaptation de la colonne vertébrale -
Nouveau-Brunswick CIEEL-NB

SUIVI DU PATIENT

Diagramme de la douleur - Veuillez indiquer la zone de douleur ou d'inconfort.



Douleur au dos ou aux jambes

Sur l'échelle ci-dessous, évaluez votre niveau de douleur au dos et aux jambes (le cas échéant) au cours de la dernière semaine. Les degrés d'intensité vont d'« aucune douleur » à la « pire douleur possible ».

Douleur au dos à son meilleur :

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur possible
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Douleur au dos à son pire :

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur possible
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Douleur aux jambes à son meilleur :

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur possible
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Douleur aux jambes à son pire :

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur possible
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Pendant combien de temps pouvez-vous faire les activités suivantes confortablement?

Activité	Rester assis	Rester debout	Marcher	Dormir
Temps	_____Minutes	_____Minutes	_____Minutes	_____heures

SUIVI DU PATIENT

Au cours de la **dernière semaine**, à quel point les symptômes suivants vous ont-ils dérangé? (Veuillez cocher les cases appropriées.)

	Pas du tout	Légèrement	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Douleur au bas du dos et/ou aux fesses	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Douleur aux jambes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Engourdissement ou picotement dans la jambe et/ou le pied	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Engourdissement ou picotement dans la jambe et/ou le pied	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Quelle est l'état de votre douleur actuellement?	☐ Elle diminue.	☐ Elle demeure au même niveau.	☐ Elle s'aggrave.
--	--	---	--

Y a-t-il eu des changements dans votre état de santé depuis votre dernière visite?

☐ Non ☐ Oui Veuillez préciser : _____

Y a-t-il eu des changements dans vos médicaments depuis votre dernière visite?

☐ Non ☐ Oui Veuillez préciser : _____

Avez-vous essayé une autre forme de traitement contre la douleur depuis votre dernière visite?

☐ Non ☐ Oui Veuillez préciser : _____

Votre situation d'emploi a-t-elle changé depuis votre dernière visite?

☐ Non ☐ Oui Veuillez préciser : _____

La question suivante porte sur la fréquence de vos activités physiques. Au cours des sept derniers jours, combien de fois avez-vous fait les exercices prescrits pour réduire votre douleur au bas du dos?

☐ Tous les jours ☐ 4 à 6 fois ☐ 1 à 3 fois ☐ Aucune fois

Si vous avez répondu « aucune fois », veuillez cocher la raison qui correspond le mieux à votre situation :

- ☐ Je n'ai pas pu faire les exercices à cause de ma douleur au bas du dos.
- ☐ Je n'ai pas pu faire les exercices en raison d'une autre maladie ou d'un autre problème de santé.
- ☐ Je n'ai simplement pas eu le temps.
- ☐ Je ne suis pas certain de bien comprendre la façon de faire les exercices.
- ☐ Honnêtement, je n'avais tout simplement pas envie de les faire.
- ☐ Autre raison. Veuillez préciser, si vous le souhaitez : _____

SUIVI DU PATIENT

Questionnaire Oswestry sur l'incapacité

DIRECTIVES : Répondez à chaque question en cochant la case appropriée. Pour changer une réponse, rayez complètement la réponse incorrecte et cochez la case appropriée. Si vous ne savez pas très bien comment répondre à une question, répondez du mieux que vous le pouvez. Indiquez une seule réponse à chaque question, sauf indication contraire.

1. INTENSITÉ DE LA DOULEUR ☐ Je peux tolérer la douleur sans prendre de médicaments. ☐ La douleur est vive, mais je m'arrange sans prendre de médicaments. ☐ Les médicaments soulagent complètement ma douleur. ☐ Les médicaments soulagent ma douleur en partie. ☐ Les médicaments soulagent très peu ma douleur. ☐ Les médicaments ne font aucun effet, je ne les prends pas.	6. POSITION DEBOUT ☐ Je peux rester debout aussi longtemps que je le veux sans augmenter la douleur. ☐ Je peux rester debout aussi longtemps que je le veux, mais la douleur augmente. ☐ La douleur m'empêche de rester debout pendant plus d'une heure. ☐ La douleur m'empêche de rester debout pendant plus d'une demi-heure. ☐ La douleur m'empêche de rester debout pendant plus de dix minutes. ☐ La douleur m'empêche complètement de rester debout.
2. SOINS PERSONNELS (SE LAVER, S'HABILLER, ETC.) ☐ Je peux effectuer normalement mes soins personnels sans douleur supplémentaire. ☐ Je peux effectuer normalement mes soins personnels, mais c'est très douloureux. ☐ J'ai du mal à effectuer mes soins personnels, je suis lent et prudent. ☐ Je peux effectuer la plupart de mes soins personnels, mais j'ai besoin d'aide. ☐ J'ai besoin d'aide chaque jour pour la plupart de mes soins personnels. ☐ Je ne m'habille pas, je me lave avec difficulté et je reste au lit.	7. SOMMEIL ☐ La douleur ne m'empêche pas de bien dormir. ☐ Je dors bien grâce à des somnifères. ☐ Même après avoir pris des somnifères, je dors moins de six heures. ☐ Même après avoir pris des somnifères, je dors moins de quatre heures. ☐ Même après avoir pris des somnifères, je dors moins de deux heures. ☐ La douleur m'empêche complètement de dormir.
3. SOULÈVEMENT D'OBJETS ☐ Je peux soulever des objets lourds sans augmenter la douleur. ☐ Je peux soulever des objets lourds, mais la douleur augmente. ☐ La douleur m'empêche de soulever des objets lourds qui se trouvent au sol, mais je peux les soulever s'ils sont à ma portée (par ex., sur une table). ☐ La douleur m'empêche de soulever des objets lourds, mais je peux soulever des objets légers ou moyennement lourds s'ils sont à ma portée. ☐ Je ne peux soulever que des objets très légers. ☐ Je ne peux rien soulever ou transporter.	8. EMPLOI/ ENTRETIEN MÉNAGER ☐ Mes tâches ménagères et au travail normales ne me causent pas de douleur. ☐ Mes tâches ménagères et au travail normales augmentent ma douleur, mais je peux encore accomplir toutes les tâches nécessaires. ☐ Je peux accomplir la plupart de mes tâches ménagères et au travail, mais la douleur m'empêche d'effectuer des activités plus exigeantes sur le plan physique (p.ex., soulever des objets et passer l'aspirateur). ☐ La douleur me contraint à n'accomplir que des tâches légères. ☐ La douleur m'empêche d'accomplir même des tâches légères. ☐ La douleur m'empêche d'accomplir toute tâche ménagère ou au travail.
4. MARCHE ☐ La douleur ne m'empêche pas de marcher, quelle que soit la distance. ☐ La douleur m'empêche de marcher plus d'un mille. ☐ La douleur m'empêche de marcher plus d'un demi-mille. ☐ La douleur m'empêche de marcher plus d'un quart de mille. ☐ Je ne peux marcher qu'avec une canne ou des béquilles. ☐ Je reste au lit la plupart du temps et je dois me traîner aux toilettes.	9. VIE SOCIALE ☐ Ma vie sociale est normale et ne me cause pas plus de douleur. ☐ Ma vie sociale est normale, mais me cause plus de douleur. ☐ La douleur n'a pas d'effet important sur ma vie sociale, sauf de limiter mes activités exigeant plus d'énergie. ☐ La douleur limite ma vie sociale, et je ne sors pas aussi souvent. ☐ La douleur limite sérieusement ma vie sociale, et je reste chez moi. ☐ Je n'ai pas de vie sociale à cause de la douleur.
5. POSITION ASSISE ☐ Je peux rester assis aussi longtemps que je le veux. ☐ Je peux rester assis sur mon siège favori aussi longtemps que je le veux. ☐ La douleur m'empêche de rester assis pendant plus d'une heure. ☐ La douleur m'empêche de rester assis pendant plus d'une demi-heure. ☐ La douleur m'empêche de rester assis pendant plus de 10 minutes. ☐ La douleur m'empêche complètement de rester assis.	10. VOYAGES ☐ Je peux voyager n'importe où sans éprouver plus de douleur. ☐ Je peux voyager n'importe où, mais ça me cause plus de douleur. ☐ La douleur est vive, mais je réussis à faire des déplacements de plus de deux heures. ☐ La douleur me limite à des déplacements de moins d'une heure. ☐ La douleur me limite à de courts déplacements de moins de trente minutes. ☐ La douleur m'empêche de voyager, sauf pour aller chez le médecin ou à l'hôpital.

SUIVI DU PATIENT

Questionnaire sur la santé EuroQol (EQ-5D)

Pour chaque rubrique ci-dessous, veuillez cocher une seule case, c.-à-d. celle qui décrit le mieux votre état de santé
AUJOURD'HUI :

a. MOBILITÉ :

- ☐ Je n'ai aucun problème à marcher.
- ☐ J'ai quelques problèmes à marcher.
- ☐ Je suis confiné au lit.

b. SOINS PERSONNELS :

- ☐ Je n'ai aucun problème avec mes soins personnels.
- ☐ J'ai quelques problèmes pour me laver ou m'habiller.
- ☐ Je suis incapable de me laver ou de m'habiller.

c. ACTIVITÉS HABITUELLES (travail, études, tâches ménagères, activités familiales ou loisirs) :

- ☐ Je n'ai aucun problème à accomplir mes activités habituelles.
- ☐ J'ai quelques problèmes à accomplir mes activités habituelles.
- ☐ Je suis incapable de faire mes activités habituelles.

d. DOULEUR ET MALAISE :

- ☐ Je n'ai ni douleur ni malaise.
- ☐ J'ai des douleurs ou des malaises modérés.
- ☐ J'ai des douleurs ou des malaises extrêmes.

e. ANXIÉTÉ :

- ☐ Je ne suis ni anxieux ni déprimé.
- ☐ Je suis modérément anxieux ou déprimé.
- ☐ Je suis extrêmement anxieux ou déprimé.

SUIVI DU PATIENT

Questionnaire STarT Back

En réfléchissant aux **deux dernières semaines**, cochez la réponse qui s'applique le mieux à votre situation :

	Je suis en désaccord.	Je suis d'accord.
À un certain moment au cours des deux dernières semaines, mes maux de dos se sont répandus à l'une de mes jambes ou à mes deux jambes.	☐	☐
J'ai eu mal aux épaules ou au cou à un certain moment au cours des deux dernières semaines.	☐	☐
J'ai seulement pu marcher de courtes distances en raison de mes maux de dos.	☐	☐
Au cours des deux dernières semaines, j'ai mis plus de temps que d'habitude à m'habiller en raison de mes maux de dos.	☐	☐
Je trouve que ce n'est pas sécuritaire pour une personne dans mon état de faire de l'activité physique.	☐	☐
Je me suis beaucoup inquiété au sujet de ma santé.	☐	☐
J'ai l'impression que mon mal de dos est grave et que mon état ne s'améliorera jamais.	☐	☐
En général, je ne profite pas de toutes les choses qui me plaisaient auparavant	☐	☐

Dans l'ensemble, à quel point votre mal de dos **vous a-t-il importuné au cours des deux dernières semaines?**

Pas du tout	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 1	☐ 1

SUIVI DU PATIENT

Sondage sur la satisfaction des patients

	Entièrement en accord	En accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord
1. Dans l'ensemble, je suis satisfait de ma consultation à la CIEEL.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Le temps d'attente pour ma consultation était acceptable.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Je comprends beaucoup mieux mon état après avoir rencontré le clinicien.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Les recommandations et les conseils concernant la gestion de mon état, les exercices et l'activité physique ont été utiles.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Les informations qui m'ont été fournies ont été utiles.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Je suis convaincu que le clinicien que j'ai consulté était le professionnel de la santé le mieux placé pour traiter mon problème.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Commentaires :

Nom du patient(e): _____

Signature du patient(e): _____

Date: _____

Nom du clinicien(ne) CIEEL-NB: _____

Signature du clinicien(ne) CIEEL-NB: _____

Date: _____