

CIEEL-NB

Clinique interprofessionnelle d'évaluation et d'éducation
en matière de lombalgie du Nouveau-Brunswick

ÉVALUATION DU PATIENT

Information sur le patient			
Nom :		N° d'assurance-maladie :	
<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	Âge :	Date de naissance : jj/mm/aa	Téléphone : ()
Adresse :		Ville :	
Courriel :		Code postal :	
Antécédents en matière de douleur au dos			
Où la douleur a-t-elle été la pire? (une réponse) <input type="checkbox"/> dos <input type="checkbox"/> jambe <input type="checkbox"/> Dos et jambe			
La douleur cesse-t-elle complètement, même pour un moment? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Comment votre problème de dos a-t-il commencé?			
<input type="checkbox"/> Blessure <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Aucune cause particulière <input type="checkbox"/> Ne sais pas			
Avez-vous déjà eu des problèmes de dos? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui. Veuillez les décrire :			
Avez-vous déjà subi une chirurgie pour vos problèmes de dos? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui. Veuillez les décrire :			
Depuis combien de temps souffrez-vous de cette douleur au dos?			
<input type="checkbox"/> <6 semaines <input type="checkbox"/> 6 – 12 semaines <input type="checkbox"/> 3 – 6 mois <input type="checkbox"/> 6 – 12 mois <input type="checkbox"/> > 12 mois <input type="checkbox"/> Sans objet			
En raison de votre problème de dos, avez-vous fait ou faites-vous actuellement l'objet d'une ou plusieurs des mesures suivantes ? (Cochez toutes les réponses pertinentes.)			
<input type="checkbox"/> Poursuite en justice <input type="checkbox"/> Réclamation d'assurance <input type="checkbox"/> Indemnisation de travailleur accidenté <input type="checkbox"/> Aucune réclamation			

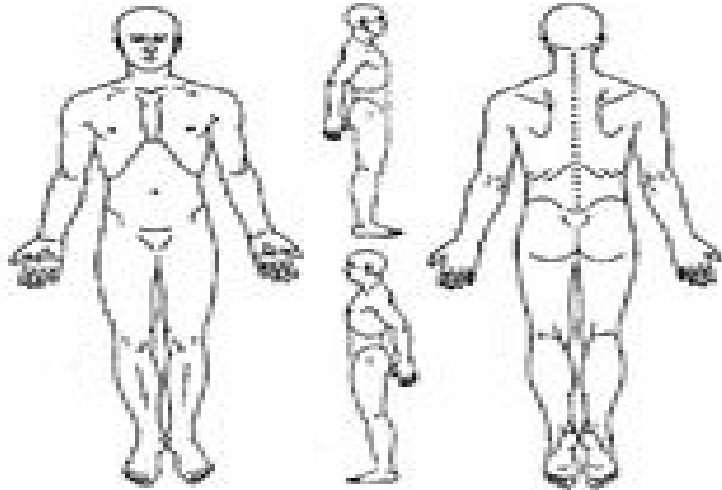
CIEEL-NB

Clinique interprofessionnelle d'évaluation et d'éducation
en matière de lombalgie du Nouveau-Brunswick

ÉVALUATION DU PATIENT

Schéma de la douleur

Sur le schéma ci-dessous, veuillez indiquer la région de la blessure ou du malaise.



Douleur au dos/à la jambe

a. Indiquez sur la ligne ci-dessous l'intensité moyenne de votre douleur au **dos**, allant de « aucune douleur » à la « pire douleur imaginable ».

DOULEUR AU DOS au MIEUX

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

DOULEUR AU DOS au PIRE

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

b. Indiquez sur la ligne ci-dessous l'intensité moyenne de votre douleur à la jambe ou aux jambes, allant d'aucune douleur à la pire douleur imaginable.

DOULEUR À LA JAMBE au MIEUX

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

DOULEUR À LA JAMBE au PIRE

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

CIEEL-NB

Clinique interprofessionnelle d'évaluation et d'éducation
en matière de lombalgie du Nouveau-Brunswick

ÉVALUATION DU PATIENT

Au cours de la **dernière semaine**, jusqu'à quel point ces symptômes **ont-ils été** gênants? (veuillez encercler le chiffre qui correspond à votre réponse)

	Aucunement gênants	Légèrement gênants	Assez gênants	Modérément gênants	Très gênants	Extrêmement gênants
Douleur bas du dos/fessier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engourdissement ou picotement jambe/pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faiblesse jambe/pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-ce que votre douleur : Diminue Ne change pas Empire

Quels sont les facteurs qui font que vos symptômes :

Augmentent : _____

Diminuent : _____

Avez-vous vu des changements dans vos fonctions intestinales ou urinaires depuis le début de vos symptômes de mal de dos?

Non Oui. Veuillez les décrire : _____

Quels médicaments prenez-vous contre la douleur et à quelle fréquence?

Nom du médicament	Dose	Combien de fois/jour?	Quand avez-vous commencé à les prendre?
<input type="checkbox"/> Aucun			
<input type="checkbox"/> Tylenol ou autres médicaments en vente libre			
<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire prescrit			
<input type="checkbox"/> Tylenol 3 ou 4			
<input type="checkbox"/> Percocet			
<input type="checkbox"/> Oxycontin ou morphine			
<input type="checkbox"/> Hydromorphone/Dilaudid			
<input type="checkbox"/> Autre : _____			

CIEEL-NB

Clinique interprofessionnelle d'évaluation et d'éducation en matière de lombalgie du Nouveau-Brunswick

ÉVALUATION DU PATIENT

Fonction

Situation actuelle en matière d'emploi :

Quelle est votre profession? _____

Actuellement :

- Vous travaillez
 Vous avez des tâches modifiées
 Étudiant
 Retraité
 Sans emploi
 Bénéficiaire de prestations d'invalidité
 Autre : _____

Votre emploi est-il :

Exigeant sur le plan physique
 Non
 Oui. Veuillez préciser : _____

Exigeant sur le plan mental
 Non
 Oui. Veuillez préciser : _____

À quelle fréquence faites-vous de l'exercice? (ex., 20 minutes ou plus d'activité continue)

- Jamais, en raison de la douleur dans le bas du dos
 Jamais
 Une fois ou moins par semaine
 Deux fois ou plus par semaine

Quelles sont les activités récréatives que vous avez dû abandonner en raison de votre douleur?

Veuillez cocher une unité de temps ou de distance

Pendant combien de temps pouvez-vous demeurer ASSIS confortablement? minutes

Pendant combien de temps pouvez-vous rester DEBOUT confortablement? minutes

Pendant combien de temps pouvez-vous MARCHER confortablement? minutes

Pendant combien de temps pouvez-vous DORMIR confortablement? heures

CIEEL-NB

Clinique interprofessionnelle d'évaluation et d'éducation
en matière de lombalgie du Nouveau-Brunswick

ÉVALUATION DU PATIENT

Avez-vous essayé des traitements pour soulager votre douleur? Cochez tout ce qui s'applique.

	Utile	Aucun bénéfice
<input type="checkbox"/> Chiropractie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Massothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Acupuncture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous subi des examens pour votre problème de dos? Non Oui. Voir ci-dessous.

Type d'examen :	Rayon X	Tomodensitogramme	IRM	Scintigraphie osseuse	EMG/Conduction nerveuse
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de l'examen :					

Antécédents médicaux

Veillez indiquer si vous subissez actuellement des traitements pour les problèmes de santé suivants ou si vous les avez déjà subis dans le passé :	Avez-vous ce problème?	Le problème limite-t-il votre activité?
Taux de cholestérol élevé	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Insuffisance coronarienne	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Asthme/Maladie pulmonaire obstructive chronique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Maladie vasculaire périphérique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Diabète	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Maladie des reins	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Maladie du foie	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Ulcère ou maladie de l'estomac	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Anémie ou autre maladie du sang	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Cancer	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Dépression	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Anxiété, trouble bipolaire, trouble obsessionnel-compulsif et trouble panique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Ostéo-arthrite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Polyarthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Maladie intestinale inflammatoire (p. ex. maladie de Crohn, colite ulcéreuse)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Psoriasis	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Autres problèmes médicaux (veuillez préciser) :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

CIEEL-NB

Clinique interprofessionnelle d'évaluation et d'éducation
en matière de lombalgie du Nouveau-Brunswick

ÉVALUATION DU PATIENT

Veillez énumérer les médicaments (à part vos médicaments contre la douleur) que vous prenez actuellement (le cas échéant) :

Veillez énumérer les interventions chirurgicales subies à ce jour :

Avez-vous des allergies?

Non Oui. Veuillez les décrire : _____

Fumez-vous?

Non Oui. Combien de cigarettes par jour? _____ Avez-vous cessé de fumer. Quand? _____

Quels résultats attendez-vous de votre participation à ce programme (CMERCV) (cochez une réponse à chaque ligne)

	Très improbable	Légèrement probable	Assez probable	Très probable	Extrêmement probable	Sans objet
Soulager les symptômes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Accomplir plus d'activités domestiques quotidiennes ou d'activités dans la cour	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Dormir plus confortablement	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Reprendre mon ancien emploi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Faire de l'exercice et des activités récréatives	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Prévenir mon invalidité future	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

CIEEL-NB

Clinique interprofessionnelle d'évaluation et d'éducation
en matière de lombalgie du Nouveau-Brunswick

ÉVALUATION 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.

<p>1. INTENSITÉ DE LA DOULEUR</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne ressens pas de douleur en ce moment.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur est très légère en ce moment.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur est modérée en ce moment.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur est plutôt intense en ce moment.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur est très intense en ce moment.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur est extrême en ce moment.</p>	<p>6. POSITION DEBOUT</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux rester debout aussi longtemps que je le veux sans augmenter la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux rester debout aussi longtemps que je le veux, mais la douleur augmente.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester debout pendant plus d'une heure.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester debout pendant plus d'une demi-heure.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester debout pendant plus de dix minutes.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche complètement de rester debout.</p>
<p>2. SOINS PERSONNELS (SE LAVER, S'HABILLER, ETC.)</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux effectuer normalement mes soins personnels sans douleur supplémentaire.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux prendre soin de moi normalement, mais c'est très douloureux.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai du mal à effectuer mes soins personnels, je suis lent et prudent.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux effectuer la plupart de mes soins personnels, mais j'ai besoin d'aide.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai besoin d'aide chaque jour pour la plupart de mes soins personnels.</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne m'habille pas, je me lave avec difficulté et je reste au lit.</p>	<p>7. SOMMEIL</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur ne m'empêche jamais de dormir.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche parfois de dormir.</p> <p><input type="checkbox"/> En raison de la douleur, je dors moins de deux heures par nuit.</p> <p><input type="checkbox"/> En raison de la douleur, je dors moins de deux heures par nuit.</p> <p><input type="checkbox"/> En raison de la douleur, je dors moins de deux heures par nuit.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche totalement de dormir.</p>
<p>3. SOULÈVEMENT D'OBJETS</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux soulever des objets lourds sans augmenter la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux soulever des objets lourds, mais la douleur augmente.</p> <p><input type="checkbox"/> 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).</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne peux soulever que des objets très légers.</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne peux rien soulever ou transporter.</p>	<p>8. VIE SEXUELLE (le cas échéant)</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai une vie sexuelle normale et je ne ressens pas de mal supplémentaire durant.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai une vie sexuelle normale, mais je ressens du mal durant.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai une vie sexuelle presque normale, mais je ressens beaucoup de mal durant.</p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est fortement limitée en raison de la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'ai pratiquement pas de vie sexuelle en raison de la douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'ai aucune vie sexuelle à cause de la douleur.</p>
<p>4. MARCHÉ</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur ne m'empêche pas de marcher, quelle que soit la distance.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher plus d'un mille.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher plus d'un demi-mille.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher plus d'un quart de mille.</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne peux marcher qu'avec une canne ou des béquilles.</p> <p><input type="checkbox"/> Je reste au lit la plupart du temps et je dois me traîner aux toilettes.</p>	<p>9. VIE SOCIALE</p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sociale est normale et ne me cause pas plus de douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Ma vie sociale est normale, mais me cause plus de douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur n'a pas d'effet important sur ma vie sociale, sauf de limiter mes activités exigeant plus d'énergie.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur limite ma vie sociale, et je ne sors pas aussi souvent.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur limite sérieusement ma vie sociale, et je reste chez moi.</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'ai pas de vie sociale à cause de la douleur.</p>
<p>5. POSITION ASSISE</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux rester assis aussi longtemps que je le veux.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux rester assis sur mon siège favori aussi longtemps que je le veux.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis pendant plus d'une heure.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis pendant plus d'une demi-heure.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis pendant plus de 10 minutes.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche complètement de rester assis.</p>	<p>10. VOYAGES</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux voyager n'importe où sans éprouver plus de douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> Je peux voyager n'importe où, mais ça me cause plus de douleur.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur est vive, mais je réussis à faire des déplacements de plus de deux heures.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur me limite à des déplacements de moins d'une heure.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur me limite à de courts déplacements de moins de trente minutes.</p> <p><input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de voyager, sauf pour aller chez le médecin ou à l'hôpital.</p>

CIEEL-NB

Clinique interprofessionnelle d'évaluation et d'éducation
en matière de lombalgie du Nouveau-Brunswick

ÉVALUATION DU PATIENT

Start Back

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

	Je suis en désaccord	Je suis d'accord
1. 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.	0	1
2. J'ai eu mal aux épaules ou au cou à un certain moment au cours des deux dernières semaines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai seulement pu marcher de courtes distances en raison de mes maux de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je trouve que ce n'est pas sécuritaire pour une personne dans mon état de faire de l'activité physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je me suis beaucoup inquiété au sujet de ma santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai l'impression que mes maux de dos sont terribles et que la situation ne va jamais s'améliorer .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En général, je n'ai pas profité de la vie comme c'était le cas avant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dans l'ensemble, à quel point vos maux de dos vous ont-ils dérangé au cours des deux dernières semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	0	0	1	1

Nom : _____

Signature : _____

Date : _____