

Étiquette patient / Patient ID

SOINS AMBULATOIRES / AMBULATORY CARE

CLINIQUE D'ÉVALUATION EN ARTHROPLASTIE / TOTAL JOINT ASSESSMENT CLINIC

Histoire de la hanche

Plainte principale : Hanche : Droite Gauche
Autre plainte : Genou : Droit Gauche
Douleur au dos Oui Non **Douleur à l'aîne** Oui Non
 Quand et comment votre douleur à la hanche a débutée? (Fournir la date): _____

Quels traitements avez-vous essayés pour votre hanche?

Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Crème topique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Exercice	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Chaleur/Glace	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Injection de cortisone	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Perte de poids	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres injections	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre Professionnel de la santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Est-ce que la douleur dans votre hanche vous réveille la nuit? Veuillez encercler.
 OUI NON PARFOIS

Distance de marche ? Sans limite Maximum (temps/distance) _____

Utilisez-vous une de ces aides à la marche? Veuillez encercler

Aucune Canne Marchette Béquilles Pôles (bâtons de marche)

Limitations fonctionnelles : _____

Avez-vous de la difficulté à mettre vos chaussures ou vos bas? OUI NON

Douleur : En moyenne, quel était le niveau de douleur que vous avez ressenti au cours des 2 derniers jours? Veuillez encercler.

	<i>Aucune douleur</i>	<i>Douleur sévère</i>
Matin :	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Après-midi :	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Soirée :	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Avec activité :	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne rien inscrire ici-bas – UTILISATION RÉSERVÉE À L'ÉVALUATEUR

Escaliers	<input type="checkbox"/> Aucune limite <input type="checkbox"/> Non-réciproque <input type="checkbox"/> Incapable	Débute avec la : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	Paresthésie/ Engourdissement	Droite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Gauche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur	Emplacement/Qualité :		Aggravée par :		
	Échelle d'évaluation numérique :		Soulagée par :		

Signature/Titre : _____ Date : _____ (jj-mm-aaaa)

Nom du thérapeute (lettres moulées) : _____



5100181 (02_19)