

SOINS AMBULATOIRES / AMBULATORY CARE

CLINIQUE D'ÉVALUATION EN ARTHROPLASTIE / TOTAL JOINT ASSESSMENT CLINIC

Histoire du genou

Plainte principale : **Genou** : Droite Gauche

Autre plainte : **Hanche** : Droit Gauche

Quand et comment votre douleur au genou a débutée? (Fournir la date):

Quels traitements avez-vous essayés pour votre genou?

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 genou 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 déjà eu l'impression que votre genou lâche ? Oui Non

Avez-vous déjà eu l'impression que votre genou se barre ? 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
Après-midi :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Soirée :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avec activité :	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	Débute avec la :	Paresthésie/ Engourdissement	Droite	Gauche
	<input type="checkbox"/> Non-réciproque			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Douleur	<input type="checkbox"/> Incapable	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Gauche	Aggravée par :		
	Emplacement/Qualité :		Soulagée par :		
	Échelle d'évaluation numérique :				

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

Nom du thérapeute (lettres moulées) : _____



5100182 (02_19)