

# Questionnaire à remplir par le patient

Nom :                      Prénom :

Etiquette

Date de l'examen :    /    /201

A propos de votre pied :     droit     gauche

Opéré le :    /    / 201

## E V A

1- Sur une échelle de 0 à 10, quelle est l'intensité de la douleur causée par ce pied ?

votre note

( 0 = absence de douleur ; 10 = le maximum de douleur que vous puissiez imaginer )

## SCORE AOFAS ARRIERE-PIED

### DOULEUR :

2- *Question* : Comment décririez-vous la douleur que vous ressentez habituellement :

- 40  Nulle  
 30  Légère, occasionnelle  
 20  Modérée, quotidienne  
 0  Sévère, quasi-permanente

### FONCTION :

3- *Question* « *activité* » : Comment décririez-vous la limitation de vos activités causée par votre pied :

- 10  Aucune limitation  
 7  Limitation dans vos activités de loisirs  
 4  Limitation modérée dans vos activités quotidiennes  
 0  Limitation sévère des activités quotidiennes

4- *Question* « *activité* » : Quel est votre périmètre de marche ? :

- 5  au moins 1 kilomètre
- 4  environ 500 mètres
- 2  environ 250 mètres
- 0  moins de 200 mètres

5- **Question « activité » : Quel est votre capacité à marcher en fonction de l'état de la surface ? :**

- 5  Possibilité sur tout type de terrain
- 3  Difficulté sur terrain incliné ou dans les escaliers
- 0  Difficulté sévère quel que soit le terrain

## ASPECT ESTHETIQUE

Sur une échelle de 0 à 10, quelle note donneriez-vous à ce pied pour qualifier son aspect ?

votre note

( 0 = pied jugé extrêmement moche ou déformé , 10 = pied jugé parfaitement normal )

**Partie à remplir par le médecin :**

6- **Analyse de la marche :**

- 8  Normale
- 4  Trouble modéré
- 0  Boîterie franche

10- **Stabilité de la cheville :**

- 8  stable
- 0  instable

7- **Mobilité en flexion - extension :**

- 8  Normale ou  $> 30^\circ$
- 4  Entre  $30^\circ$  et  $15^\circ$
- 0   $< 15^\circ$

8- **Mobilité de l'arrière-pied (inversion et éversion) :**

- 6  entre 100% et 75% de la normale
- 3  entre 75% et 25% de la normale (raideur modérée)
- 0  moins de 25% de la normale (raideur sévère)

9- **Alignement de l'arrière-pied :**

- 10  bon, appui plantigrade, arrière-pied et cheville axés
- 5  moyen, faible désaxation, pas de symptômes, appui plantigrade
- 0  mauvais, malalignement sévère, des symptômes, appui non plantigrade

## QUESTIONNAIRE PIED & CHEVILLE FAOS

**Instructions :** ce questionnaire va évaluer comment vous percevez votre pied et/ou votre cheville , et quelles sont vos capacités dans vos activités habituelles.

Pour chaque question, cochez une seule case-réponse.

### SYMPTOMES

Les cinq questions suivantes concernent **l'état de votre pied / votre cheville au cours des 8 derniers jours :**

**S1 :** Est-il apparu **un gonflement** de votre cheville / de votre pied ?

Jamais       Rarement       Parfois       Souvent       Toujours

**S2 :** Avez-vous senti **un ressaut ou bien entendu un craquement ou tout autre type de bruit** lorsque vous avez bougé votre pied/votre cheville ?

Jamais       Rarement       Parfois       Souvent       Toujours

**S3 :** Avez-vous senti **un blocage ou un accrochage** lorsque vous avez bougé votre pied / votre cheville ?

Jamais       Rarement       Parfois       Souvent       Toujours

**S4 :** Avez-vous pu **plier complètement** votre pied / votre cheville ?

Jamais       Rarement       Parfois       Souvent       Toujours

**S5 :** Avez-vous pu **étendre complètement** votre pied / votre cheville ?

Jamais       Rarement       Parfois       Souvent       Toujours

### RAIDEUR

Les deux questions suivantes concernent **l'importance de l'enraidissement de votre pied / votre cheville au cours des 8 derniers jours :**

l'enraidissement correspond à une limitation de la capacité à bouger ses articulations (perte d'amplitude, de vitesse ou de facilité).

**R1 :** Quelle était l'importance de la **raideur le matin au réveil** ?

Aucune       Légère       Modérée       Sévère       Extrême

**R2 :** Quelle était l'importance de la **raideur plus tard dans la journée**, après un moment en position debout, assis ou une période de repos ?

Aucune       Légère       Modérée       Sévère       Extrême

### DOULEUR

**D1 :** Quelle est la **fréquence de survenue** de vos douleurs ?

Jamais       Quelquefois dans le mois       Plusieurs fois dans la semaine  
 Plusieurs fois par jour       En permanence

Les huit questions suivantes concernent **l'importance de la douleur ressentie dans votre pied / votre cheville au cours des 8 derniers jours :**

**D2 : Douleur lors des mouvements de torsion ou de pivotement ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**D3 : Douleur en pliant complètement votre pied/votre cheville ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**D4 : Douleur en étendant complètement votre pied/votre cheville ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**D5 : Douleur lors de la marche sur terrain plat ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**D6 : Douleur en montant ou descendant les escaliers ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**D7 : Douleur la nuit, quand vous êtes au lit ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**D8 : Douleur quand vous êtes en position assise ou couchée ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**D9 : Douleur quand vous êtes en position debout ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

### FONCTION, VIE QUOTIDIENNE

Quelle a été l'importance de la gêne causée par votre pied / votre cheville dans les activités suivantes au cours des 8 derniers jours ?

**A1 : Pour descendre les escaliers ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**A2 : Pour monter les escaliers ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**A3 : Pour se lever d'une chaise ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**A4 : Pour rester debout ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**A5 : Pour vous baisser vers le sol, ramasser un objet ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**A6 : Pour marcher sur un terrain plat ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**A7 : Pour rentrer ou sortir d'une voiture ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**A8 : Pour aller faire des courses ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**A9 : Pour mettre vos chaussettes, vos bas ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

Quelle a été l'importance de la **gène causée par votre pied / votre cheville** dans les activités suivantes **au cours des 8 derniers jours** ?

**A10 : Pour se lever du lit ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**A11 : Pour enlever vos chaussettes, vos bas ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**A12 : Pour rester au lit (retournement ; maintien de position) ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**A13 : Pour rentrer ou sortir d'une baignoire ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**A14 : Pour rester assis ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**A15 : Pour aller aux toilettes ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**A16 : Pour des activités domestiques lourdes (déplacer des meubles, faire les sols) ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**A17 : Pour des activités domestiques légères (cuisiner, faire la poussière) ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

## SPORTS ET ACTIVITES DE LOISIR

Quelle a été l'importance de la **gène causée par votre pied / votre cheville** dans les activités suivantes **au cours des 8 derniers jours** ?

**SP1 : Pour s'accroupir ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**SP2 : Pour courir ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**SP3 : Pour sauter ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**SP4 : Pour pivoter sur votre pied/votre cheville blessé(e) ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

**SP5 : Pour vous agenouiller ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

## QUALITE DE VIE

**Q1 : A quelle fréquence êtes-vous gêné par vos problèmes de pied/cheville ?**

Jamais     Quelquefois dans le mois     Plusieurs fois dans la semaine  
 Plusieurs fois par jour     En permanence

**Q2 : Avez-vous modifié vos habitudes pour éviter d'exposer votre pied / votre cheville à certaines activités à risque ?**

Pas du tout     Légèrement     Modérément     Beaucoup     Complètement

**Q3 : A quel point êtes-vous gêné par la perte de confiance en votre pied / votre cheville ?**

Pas du tout     Légèrement     Modérément     Beaucoup     Extrêmement

**Q4 : Globalement quelle est la gêne causée par votre pied / votre cheville ?**

Aucune     Légère     Modérée     Sévère     Extrême

## Questions concernant votre état de santé général

1 – Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est (cochez ce que vous ressentez) :

- Excellente    Très bonne    Bonne    Médiocre    Mauvaise

2 - Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

- Bien meilleur qu'il y a un an  
 Plutôt meilleur qu'il y a un an  
 A peu près comme il y a un an  
 Plutôt moins bon qu'il y a un an  
 Beaucoup moins bon qu'il y a un an

3 - Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles **indiquez si vous êtes limité en raison de votre état de santé actuel**.

a. **Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport :**

- Oui, beaucoup limité    Oui, un peu limité    Non, pas du tout limité

b. **Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules :**

- Oui, beaucoup limité    Oui, un peu limité    Non, pas du tout limité

c. **Soulever et transporter les achats d'alimentation :**

- Oui, beaucoup limité    Oui, un peu limité    Non, pas du tout limité

d. **Monter plusieurs étages à la suite par l'escalier :**

- Oui, beaucoup limité    Oui, un peu limité    Non, pas du tout limité

e. **Monter un seul étage par l'escalier**

- Oui, beaucoup limité    Oui, un peu limité    Non, pas du tout limité

f. **Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher en avant :**

- Oui, beaucoup limité    Oui, un peu limité    Non, pas du tout limité

g. **Marcher plus d'un kilomètre à pied :**

- Oui, beaucoup limité    Oui, un peu limité    Non, pas du tout limité

h. **Marcher plusieurs centaines de mètres :**

- Oui, beaucoup limité    Oui, un peu limité    Non, pas du tout limité

i. **Marcher une centaine de mètres :**

- Oui, beaucoup limité    Oui, un peu limité    Non, pas du tout limité

j. **Prendre un bain, une douche ou vous habiller :**

- Oui, beaucoup limité    Oui, un peu limité    Non, pas du tout limité

**4 - Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous :**

- réduit le *temps passé* à votre travail ou à vos activités habituelles ?  oui  non
- *accompli moins* de choses que vous ne l'auriez souhaité ?  oui  non
- dû arrêter de faire *certaines* choses ?  oui  non
- eu des *difficultés* à faire votre travail ou tout autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)  oui  non

**5 - Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), avez-vous :**

- réduit le *temps passé* à votre travail ou à vos activités habituelles ?  oui  non
- *accompli moins* de choses que vous ne l'auriez souhaité ?  oui  non
- eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire *avec autant de soin et d'attention* que d'habitude ?  oui  non

**6 - Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos voisins, vos connaissances ?**

- Pas du tout
- Un petit peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Enormément

**7 - Au cours des 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?**

- Nulle
- Très faible
- Faible
- Moyenne
- Grande
- Très grande

**8 - Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?**

- Pas du tout
- Un petit peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Enormément

**9 - Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :**

**a. vous-vous êtes senti dynamique ?**

- En permanence
- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais

**b. vous-vous êtes senti très nerveux ?**

- En permanence
- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais

**c. vous-vous êtes senti si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral ?**

- En permanence
- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais



d. **vous-vous êtes senti calme et détendu ?**

En permanence  Très souvent  Souvent  Quelquefois  Rarement  Jamais

e. **vous-vous êtes senti débordant d'énergie ?**

En permanence  Très souvent  Souvent  Quelquefois  Rarement  Jamais

f. **vous-vous êtes senti triste et abattu ?**

En permanence  Très souvent  Souvent  Quelquefois  Rarement  Jamais

g. **vous-vous êtes senti épuisé(e) ?**

En permanence  Très souvent  Souvent  Quelquefois  Rarement  Jamais

h. **vous-vous êtes senti heureux ?**

En permanence  Très souvent  Souvent  Quelquefois  Rarement  Jamais

i. **vous-vous êtes senti fatigué(e) ?**

En permanence  Très souvent  Souvent  Quelquefois  Rarement  Jamais

10 - Au cours des 4 dernières semaines, **y a-t-il eu des moments** où votre **état de santé, physique ou émotionnel**, vous a **gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres**, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

En permanence  Une bonne partie du temps  De temps en temps  Rarement  Jamais

11 - **Indiquez**, pour chacune des phrases suivantes, **dans quelles mesures** elles sont **vraies ou fausses** dans votre cas ?

a. **je tombe malade plus facilement que d'autres :**

Tout à fait vrai  Plutôt vrai  Je ne sais pas  Plutôt faux  Tout à fait faux

b. **je me porte aussi bien que n'importe qui :**

Tout à fait vrai  Plutôt vrai  Je ne sais pas  Plutôt faux  Tout à fait faux

c. **je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave :**

Tout à fait vrai  Plutôt vrai  Je ne sais pas  Plutôt faux  Tout à fait faux

d. **je suis en excellente santé :**

Tout à fait vrai  Plutôt vrai  Je ne sais pas  Plutôt faux  Tout à fait faux

## SATISFACTION

99 - **Pour finir, à propos de la prise en charge chirurgicale de votre pied, vous diriez que vous êtes :**

Mécontent  Non satisfait  Satisfait  Très satisfait

**\*\*\* Merci beaucoup d'avoir répondu à ce questionnaire \*\*\***