

Questionnaire à remplir par le patient

Nom : Prénom :

Etiquette

Date de l'examen : / /201

A propos de votre pied : droit gauche

Opéré le : / / 201

Votre poids : kg

Votre taille : cm

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 AVANT-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 » : Comment décririez-vous votre chaussage :**

- 10 Chaussure à la mode, chaussure conventionnelle, sans orthèse
5 Chaussure confortable, orthèse
0 Chaussure orthopédique ou semelle

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 :

5 - **Mobilité de la MTP** (flexion dorsale + flexion plantaire) :

- 10 Normale ou raideur légère (amplitude de 75° ou plus)
5 Raideur modérée (amplitude entre 30° et 74°)
0 Raideur sévère (amplitude de moins de 30°)

6 - **Mobilité de l'IP** (flexion plantaire) :

- 5 Pas de limitation
0 Raideur sévère (moins de 10°)

7 - **Stabilité des MTP et IP** (dans toutes les directions) :

- 5 Stable
0 Instable ou (sub)luxable

8 - **Callosité en rapport avec les MTP et IP** (hallux et/ou rayons latéraux) :

- 5 Pas de callosité , ou callosité asymptotique
0 Callosité symptotique

9 - **Alignement** hallux et/ou avant-pied et/ou arrière-pied :

- 15 bon, orteil(s) bien aligné(s), appui plantigrade,
8 moyen, orteil(s) avec malalignement modéré, 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 **gène 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 Beaucoup
 Un petit peu Enormément
 Moyennement

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

- Nulle Moyenne
 Très faible Grande
 Faible 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 Beaucoup
 Un petit peu Enormément
 Moyennement

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 *****