

Questionnaire à remplir par le patient

Nom : Prénom : Date de naissance : / / 19

Date de l'examen : / / 201 A propos de votre genou : droit gauche

Votre poids : kg

Votre taille : cm

EVA

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

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

WOMAC

WOMAC Domaine douleur : quelle est l'importance de la douleur ?

1. Lorsque vous marchez sur une surface plane ?

nulle minime modérée sévère extrême

2. Lorsque vous montez ou descendez les escaliers ?

nulle minime modérée sévère extrême

3. La nuit, lorsque vous êtes au lit ?

nulle minime modérée sévère extrême

4. Lorsque vous vous levez d'une chaise ou vous asseyez ?

nulle minime modérée sévère extrême

5. Lorsque vous vous tenez debout ?

nulle minime modérée sévère extrême

WOMAC Domaine raideur : quelle est l'importance de la raideur de votre articulation ?

6. lorsque vous vous levez le matin ?

nulle minime modérée sévère extrême

7. lorsque vous bougez après vous être assis, couché ou reposé durant la journée ?

nulle minime modérée sévère extrême

WOMAC *Domaine fonction* : **quelle est l'importance de la difficulté que vous éprouvez à :**

8. Descendre les escaliers ?

nulle minime modérée sévère extrême

9. Monter les escaliers ?

nulle minime modérée sévère extrême

10. Vous relever de la position assise ?

nulle minime modérée sévère extrême

11. Vous tenir debout ?

nulle minime modérée sévère extrême

12. Vous pencher en avant ?

nulle minime modérée sévère extrême

13. Marcher en terrain plat ?

nulle minime modérée sévère extrême

14. Entrer et sortir d'une voiture ?

nulle minime modérée sévère extrême

15. Faire vos courses ?

nulle minime modérée sévère extrême

16. Enfiler collants ou chaussettes ?

nulle minime modérée sévère extrême

17. Sortir du lit ?

nulle minime modérée sévère extrême

18. Enlever vos collants ou vos chaussettes ?

nulle minime modérée sévère extrême

19. Vous étendre sur le lit ?

nulle minime modérée sévère extrême

20. Entrer ou sortir d'une baignoire ?

nulle minime modérée sévère extrême

21. Vous asseoir ?

nulle minime modérée sévère extrême

22. Vous asseoir et vous relever des toilettes ?

- nulle minime modérée sévère extrême

23. Faire le ménage " à fond " de votre domicile ?

- nulle minime modérée sévère extrême

24. Faire l'entretien quotidien de votre domicile ?

- nulle minime modérée sévère extrême

S F – 36

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

IKDC

SYMPTOMES

1. Quel est le **niveau d'activité le plus important que vous pouvez accomplir sans souffrir du genou ?**

- Activités très intenses comportant sauts et rotations comme au basket ou au football
- Activités intenses comme un travail physique dur, le ski ou le tennis
- Activités modérées comme un travail physique moyen, la course à pied ou le jogging
- Activités douces comme la marche, le ménage ou le jardinage
- Aucune des activités ci-dessus ne m'est possible à cause de mon genou

2. Au cours des 4 dernières semaines, ou depuis votre accident ou blessure, **combien de fois avez-vous souffert du genou ?**

Cochez la case correspondante (de 0 à 10) :

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

JamaisConstamment

3. Indiquez l'**intensité de la douleur** en cochant la case correspondante (de 0 à 10) :

Cochez la case correspondante (de 0 à 10) :

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aucune douleur La pire douleur imaginable

4. Au cours des 4 dernières semaines, ou depuis l'accident ou blessure, **votre genou était-il raide ou gonflé ?**

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

5. Quel est le **plus haut niveau d'activité que vous pouvez accomplir sans que votre genou enfle ?**

- Activités très intenses comportant sauts et rotations comme au basket ou au football
- Activités intenses comme un travail physique dur, le ski ou le tennis
- Activités modérées comme un travail physique moyen, la course à pied ou le jogging
- Activités douces comme la marche, le ménage ou le jardinage
- Aucune des activités ci-dessus ne m'est possible à cause de mon genou

6. Au cours des 4 dernières semaines, ou depuis l'accident ou blessure, **votre genou s'est-il bloqué ?**

- Oui
- Non

7. Quel est le **plus haut niveau d'activité que vous pouvez accomplir sans que votre genou ne se dérobe ?**

- Activités très intenses comportant sauts et rotations comme au basket ou au football
- Activités intenses comme un travail physique dur, le ski ou le tennis
- Activités modérées comme un travail physique moyen, la course à pied ou le jogging
- Activités douces comme la marche, le ménage ou le jardinage
- Aucune des activités ci-dessus ne m'est possible à cause de mon genou

ACTIVITES SPORTIVES

8. Quel est le **plus haut niveau d'activité que vous pouvez pratiquer régulièrement** ?

- Activités très intenses comportant sauts et rotations comme au basket ou au football
- Activités intenses comme un travail physique dur, le ski ou le tennis
- Activités modérées comme un travail physique moyen, la course à pied ou le jogging
- Activités douces comme la marche, le ménage ou le jardinage
- Aucune des activités ci-dessus ne m'est possible à cause de mon genou

9. Rencontrez-vous **des difficultés pour les activités suivantes** ? Cochez la case correspondante.

| | Pas difficile | Légèrement difficile | Difficile | Très difficile | Impossible |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a- Monter les escaliers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b- Descendre les escaliers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c- S'agenouiller (poids du corps sur le devant du genou) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d- S'accroupir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e- S'asseoir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f- Se lever d'une chaise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g- Courir en ligne droite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h- Sauter avec réception sur la jambe faible | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i- S'arrêter et repartir brusquement (marche, course à pied) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FONCTIONNEMENT

Noter le fonctionnement du genou sur une échelle de 0 à 10 (10 correspondant au fonctionnement optimal, et 0 étant l'incapacité à accomplir les activités de la vie quotidienne) :

Fonctionnement **avant l'accident ou blessure** du genou :

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Performance | | | | | | | | | | Performance |
| nulle | | | | | | | | | | optimale |

Fonctionnement **actuel** du genou :

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Performance | | | | | | | | | | Performance |
| nulle | | | | | | | | | | optimale |

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