

# 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

---

## 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

Jamais .....Constamment

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

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 nulle	.....									Performance 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 nulle	.....									Performance optimale

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