



Nom - Prénom :

ID Patient :

ID Etude:

Date Intervention (jj/mm/aaaa) :

/ /

Côté opéré

Droit

Gauche

Durant les 4 dernières semaines:

1 - Comment décririez vous la douleur que vous avez habituellement ressentie dans votre genou ?

Aucune

Minimale

Légère

Modérée

Sévère

2- Avez-vous eu des difficultés pour vous laver et vous sécher le corps vous-même (des pieds à la tête) à cause de votre genou ?

Aucune difficulté

Difficultés minimales

Difficultés modérées

Difficultés majeures

Impossible à réaliser

3. Avez-vous des difficultés à cause de votre genou pour entrer ou sortir d'une voiture ou pour utiliser les transports en commun ?

Aucune difficulté

Difficultés minimales

Difficultés modérées

Difficultés majeures

Impossible à réaliser

4. Combien de temps pourriez-vous marcher avant que votre douleur de genou ne devienne importante? (avec ou sans canne)

Aucune douleur />30mn

de 16 à 30mn

de 5 à 15mn

Aux abords de la maison

Marche impossible

5. Après être resté assis (pour un repas par exemple), quel degré de douleur avez-vous ressenti en vous levant de la chaise à cause de votre genou ?

Pas douloureux du tout

Légèrement douloureux

Modérément douloureux

Très douloureux

Insupportable

6. Avez-vous boité en marchant à cause de votre genou?

Rarement ou Jamais

Qqfois, ou juste au début

Souvent, en continu

La plupart du temps

Tout le temps

7. Avez-vous pu vous mettre à genoux et vous relevez ensuite ?

Oui, facilement

Avec difficulté légère

Avec difficulté modérée

Avec difficulté majeure

Non, impossible

Nom:

Date Intervention:

Côté: Droit Gauche

8. Avez-vous souffert de douleurs de votre genou au lit la nuit?

- | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Pas une nuit | <input type="radio"/> Seulement 1 ou 2 nuits | <input type="radio"/> Quelques nuits |
| | <input type="radio"/> La plupart des nuits | <input type="radio"/> Chaque nuit |

9. La douleur de votre genou vous a-t-elle gêné(e) dans votre travail ou vos activités habituelles (taches ménagères comprises) ?

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Pas du tout | <input type="radio"/> Un peu | <input type="radio"/> Modérément |
| | <input type="radio"/> Fortement | <input type="radio"/> Tout le temps |

10. Avez vous pensé que votre genou allait soudainement se dérober et vous faire chuter ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Rarement ou Jamais | <input type="radio"/> Qqfois, ou juste au début | <input type="radio"/> Souvent, en continu |
| | <input type="radio"/> La plupart du temps | <input type="radio"/> Tout le temps |

11. Avez-vous pu faire tout(e) seul(e) les courses pour la maison?

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="radio"/> Oui, facilement | <input type="radio"/> Avec difficulté légère | <input type="radio"/> Avec difficulté modérée |
| | <input type="radio"/> Avec difficulté majeure | <input type="radio"/> Non, impossible |

12. Avez-vous pu monter au moins un étage par les escaliers ?

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="radio"/> Oui, facilement | <input type="radio"/> Avec difficulté légère | <input type="radio"/> Avec difficulté modérée |
| | <input type="radio"/> Avec difficulté majeure | <input type="radio"/> Non, impossible |