

Dr DZOGANG

nom-prénom : Poids.....kg, Taille.....cm
Faites-vous des allergies ? ☐ non ☐ oui : à quoi

Quels sont vos antécédants médicaux	Quels sont vos antécédants chirurgicaux
-	-
-	-
-	-
-	-

Etes-vous - incontinent urinaire ☐ non ☐ oui - incontinent anal ☐ non ☐ oui

Des antécédants psychiatriques ? Non Oui lesquels ?.....

avez-vous un suivi psychiatrique en cours ? Non OUI lequel ?.....

traitements habituels (tous les traitements, antalgiques, anti-inflammatoires et autres)

-	-
-	-
-	-
-	-

☐ je ne prends plus mes antalgiques et/ou anti-inflammatoires car j'estime qu'il n'y a plus d'effet.

Avez-vous des problèmes articulaires ou des prothèses articulaires ☐ NON	
épaules	hanches
coudes	genoux
poignets	chevilles

MODE DE VIE

célibataire / vit maritalement / marié(e) / Divorcé(e) / veuf(ve) / Pacsé(e) / séparé(e)

.....enfants ; âges des enfants :.....

☐ vit tout seul ; ☐ vit avec conjoint enfants ; ☐ vit avec conjoint sans enfants

activité du conjoint :.....

Tabac :.....paquet / j. Cannabis oui non.

Alcool : non ; occasionnellement ; oui, quelle quantité d'alcool par jour

Sports et loisirs physiques pratiqués actuellement	sports pratiqués dans le passé (les 5 dernières années)
☐ aucun	☐ aucun
-	-
-	-
-	-

AU PLAN PROFESSIONNEL

avez-vous un métier ☐ non ☐ oui

quelle est votre activité professionnelle

en arrêt de travail : ☐ non ☐ oui . depuis le/...../20....

accident de travail : ☐ non ☐ oui date/...../..... maladie professionnelle ☐ oui ☐ non

Employeur

CDI / CDD depuis...../...../.....Autres précisions.....

Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgies: EIFEL

Questions	Oui = 1	Non = 0
1-Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos		
2-Je change souvent de position pour soulager mon dos		
3-Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos		
4-A cause de mon dos, je n'effectue aucune tâche que j'ai l'habitude de faire à la maison		
5-A cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers		
6-A cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer		
7-A cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil		
8-A cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place		
9-A cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude		
10-Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos		
11-A cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller		
12-A cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise		
13-J'ai mal au dos la plupart du temps		
14-A cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit		
15-J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos		
16-A cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (bas, collants)		
17-Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos		
18-Je dors moins à cause de mon mal de dos		
19-A cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller		
20-A cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée		
21-A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison		
22-A cause de mon dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens		
23-A cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement les escaliers		
24-A cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps		
Total		
Plus le score est élevé, plus le retentissement du mal de dos est important		

Lombalgie: échelle d'impotence fonctionnelle de Québec

Eprouvez-vous, aujourd'hui, en raison de vos douleurs lombaires, des difficultés à:						
	Aucune difficulté = 0	Très peu difficile = 1	Un peu difficile = 2	Difficile = 3	Très difficile = 4	Incapable = 5
1-Sortir du lit						
2-Dormir toute la nuit						
3-Vous retourner dans le lit						
4-Vous promener en voiture						
5-Rester debout pendant 20 à 30 minutes						
6-Rester assis durant plusieurs heures sur une chaise						
7-Monter un seul étage à pied						
8-Faire 300-400 mètres						
9-Marcher plusieurs kilomètres						
10-Atteindre des objets sur des tablettes élevées						
11-Lancer une balle						
12-Courir sur 100 mètres						
13-Sortir des aliments du réfrigérateur						
14-Faire votre lit						
15-Mettre vos chaussettes						
16-Vous pencher pour laver la baignoire						
17-Dépaler une chaise						
18-Tirer ou pousser des portes lourdes						
19-Transporter deux sacs de courses						
20-Soulever ou transporter une valise						
Total						

Version française validée par la Section Rachis de la S.F.R.

A lire attentivement : ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de savoir dans quelle mesure votre vie est perturbée par votre douleur. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant vous-même les réponses. Pour chaque question, cochez en mettant une croix (X) à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue (de 0% à 100%, chaque extrémité correspondant à une situation extrême).

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

pas du tout		parfois		tout le temps	
0 %					100%

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc) ?

pas du tout (pas de douleur)		moyennement		je ne peux pas sortir du lit	
0 %					100%

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?

pas du tout (comme avant)		moyennement		je ne peux rien soulever	
0 %					100%

Dans quelle mesure votre douleur limite-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?

je marche comme avant	presque comme avant	presque plus	plus du tout
0 %			100%

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?

pas du tout		moyennement		je ne peux pas rester assis(e)	
(pas d'aggravation de la douleur)					
0 %					100%

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?

pas du tout moyennement je ne peux pas rester debout
(je reste debout comme avant)

0 %					100%
-----	--	--	--	--	------

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?

pas du tout (je dors comme avant)		moyennement		je ne peux pas dormir du tout
0 %				100%

Total X 3 = -----% de répercussion sur les activités quotidiennes

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danses, jeux et divertissements, repas ou soirées entre amis, sorties, etc....) ?

0%							100%
----	--	--	--	--	--	--	------

Dans quelle mesure la douleur gêne-t-elle vos déplacements en voiture ?

0%(							100%)
-----	--	--	--	--	--	--	-------

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?

0%							100%
----	--	--	--	--	--	--	------

11. L'anxiété /Le moral:

Dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?

0%(						100%)
-----	--	--	--	--	--	-------

Dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?

0%							100%
----	--	--	--	--	--	--	------

Dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?

0%							100%
----	--	--	--	--	--	--	------

14. Les relations avec les autres

14. Les relations avec les autres

Dans quelle mesure pensez-vous que votre douleur a changé vos relations avec les autres ?

0%							100%
----	--	--	--	--	--	--	------

13. Le soutien dans la vie de tous les jours
 Dans quelle mesure avez-vous besoin du soutien des autres depuis vous avez mal (travaux domestiques, préparation des repas, etc.) ?

0%						100%
----	--	--	--	--	--	------

16. Les réactions des personnes des proches
 Dans quelle mesure estimez-vous que votre douleur provoque, chez vos proches, de l'irritation, de l'agacement, de la colère à votre égard ?

Total X 5 = ----- % de répercussion sur la sociabilité

Version française de l'échelle de Dallas adaptée par la Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie- Juillet 97