

## FORMULAIRE PATIENT – TROUBLES de la MAIN

## INSCRIPTION

**Patient :** Nom \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_  
 Tél. Domicile \_\_\_\_\_ Tél. Bureau/Cellulaire \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_  
 Adresse: (N°, Rue, App.) \_\_\_\_\_  
 Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
 Sexe  H  F Âge \_\_\_\_\_ Date naissance : \_\_\_\_\_ État civil :  Sans conjoint  Avec conjoint  
 N° Assurance Maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
 Raison de la visite  Maladie  Accident de travail  Accident d'auto  Autre

**Assurance :** Personne assurée \_\_\_\_\_  
 Lien avec la personne assurée  Môme  Conjoint(e)  Enfant  Autre

**Comment et où avez-vous entendu parler de cette clinique?** \_\_\_\_\_

<b>EMPLOYEUR</b>	Nom de la compagnie _____ Occupation _____ Adresse _____ Tél: _____ <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel Ville _____ Province _____ Code postal _____ Nb Années de service _____
<b>CONJOINT(E) (PARENT)</b>	Nom _____ Prénom(s) _____ Date naissance _____ Nom de l'employeur _____ Nb Années de service _____ Adresse _____ Tél: _____ Occupation _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel Peut-on aborder l'information clinique ou financière avec votre conjoint(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>ASSURANCE DU PATIENT</b>	Veillez indiquer toute assurance privée et/ou de votre employeur que vous ou votre conjoint détenez Compagnie d'assurance _____ N° de la police d'assurance: _____ Date d'entrée en vigueur: _____ Nom de l'assuré: _____ N° Identification: _____
<b>ASSURANCE DU CONJOINT</b>	Veillez indiquer toute coassurance privée et/ou de votre employeur que vous ou votre conjoint détenez Compagnie d'assurance _____ N° de la police d'assurance: _____ Date d'entrée en vigueur: _____ Nom de l'assuré: _____ N° Identification: _____
<b>INFORMATION MÉDICALE ET LÉGALE</b>	<b>Vos symptômes actuels sont-ils en lien ou le résultat d'un accident d'auto, d'un accident de travail ou de toute autre blessure pour lesquels quelqu'un d'autre pourrait être légalement responsable?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de l'accident: _____ Accident d'auto <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Accident de travail <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Enceinte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Médecin de famille _____ Personne à contacter en cas d'urgence (Nom et Tél.) _____ Représentant légal _____ Téléphone: _____ Adresse: _____
<b>Accord du patient &amp; Autorisation pour la transmission des documents médicaux et de santé pour le traitement et le remboursement des réclamations</b>	<b>Affectation juridique des prestations et Désignation du représentant autorisé</b> Je demande les services médicaux du Dr Rémi Nader et associés. Je comprends les conséquences de cette requête. Je deviens responsable financièrement de toutes les dépenses que cette prise en charge va occasionner. Une vérification pourrait être faite pour s'assurer si la police d'assurance couvre mon traitement (s'il y a lieu). Je comprends que cela n'est pas garanti. Je reconnais que je suis personnellement responsable pour assurer le financement requis. Je donne permission, par la présente aux bureaux associés au Dr Rémi Nader d'obtenir le remboursement par la compagnie d'assurance de tous les services médicaux et chirurgicaux rendus par le Dr Rémi Nader et associés (s'il y a lieu). J'autorise mon assurance personnelle (s'il y a lieu) de payer directement les bureaux associés au Dr Rémi Nader pour les services médicaux me concernant ou concernant la personne à charge. Je consens de communiquer les informations nécessaires pour procéder au remboursement de l'assurance me concernant ou concernant la personne à charge. Le patient est responsable de payer le médecin traitant au préalable, sans tenir compte de savoir si la police d'assurance couvre ou non les frais. Si nécessaire, une demande de prolongement doit être préalablement discutée et approuvée par les bureaux associés au Dr Rémi Nader. Je comprends et accepte d'être légalement responsable de toutes dépenses et tous frais que j'ai autorisés indépendamment de tout paiement d'assurance ou de prestation applicable. Ainsi, j'autorise les bureaux associés au Dr Rémi Nader de transmettre toute information médicale nécessaire pour le traitement des réclamations tel que prévu par la loi. Par la présente j'autorise tout administrateur ou fiduciaire, ainsi que mon représentant légal de transmettre à ces bureaux tout et chacun des documents, polices d'assurance et/ou information sur demande écrite de tel fournisseur pour réclamer les remboursements et utiliser toutes voies de recours applicables. J'autorise l'utilisation de cette signature pour toute réclamation et demande de remboursement auprès de mon assurance et/ou celle de mon employeur (s'il y a lieu). Par la présente, je permets aux bureaux associés au Dr Rémi Nader, dans les limites permises par la loi, de procéder à toute demande de remboursement de prestations, de compensations et autres redressements que je pourrais obtenir auprès de toute assurance de groupe ou individuelle (s'il y a lieu) pour toute dépense d'ordre médical encourue légalement à cause des services médicaux que j'ai reçus du fournisseur susmentionné et dans les limites permises par la loi incluant, mais sans se limiter à, (1) obtenir l'information sur la réclamation sur la même titre que le cédant, (2) soumettre les preuves, (3) faire des déclarations sur les faits ou la loi, (4) présenter toute demande et recevoir tout avis en lien avec la procédure, et (5) toute mesure administrative ou juridique de ce fournisseur pour poursuivre telle réclamation et si nécessaire procéder aux poursuites légales envers toute tierce partie responsable, mais aux frais de tel fournisseur. Tant qu'elle n'est pas résiliée, cette autorisation est valide pour tous recours administratifs et juridiques. Une photocopie de cette autorisation sera considérée aussi valide que l'original. J'autorise, par la présente, les bureaux associés au Dr Rémi Nader d'émettre toute information médicale pour procéder au recouvrement de la compagnie d'assurance, d'une tierce personne responsable du paiement, d'une entité financière, d'un responsable de mon traitement, d'un représentant local, provincial ou fédéral en accord avec la loi, d'un audit, d'une référence ou couverture médicale. J'ai lu et compris cette autorisation.
	<b>X</b> _____ Signature du patient ou de son représentant personnel Date

**FORMULAIRE PATIENT – TROUBLES de la MAIN**

NOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ Date Examen: \_\_\_\_\_

Taille: \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_

Raison de la visite médicale (explication brève):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Blessure/Date \_\_\_\_\_ Maladie/Date du début \_\_\_\_\_ Symptômes/Date du début \_\_\_\_\_ 2<sup>e</sup> opinion/Avis indépendant \_\_\_\_\_**1. Douleur** au cou  à l'épaule  au bras / à la main au dos  à la hanche  à la jambe /au pied autre \_\_\_\_\_**2. Depuis combien de temps ressentez-vous cette douleur?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**3. La douleur est ressentie d'une façon :** occasionnelle  intermittente  tout le temps durant la journée  durant la nuit  aucune différence**4. La douleur dure habituellement:** \_\_\_\_\_ (durée approx.) secondes  minutes  heures  jours  semaines**5. Êtes-vous :**

droitier \_\_\_\_\_ gaucher \_\_\_\_\_

ambidextre (utilisation des deux mains) \_\_\_\_\_

**6. La douleur ressentie est:** lancinante  aigüe  comme un coup de couteau comme une brûlure  une crampe**7. Intensité de la douleur (échelle de 1-10: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10)** aucune douleur (0)  douleur légère (1-2) douleur moyenne (3-4)  douleur sévère (5-6) douleur très sévère (7-8)  pire (9-10)**8. La posture et/ou les activités qui affectent la douleur:**a. Assis  mieux  pireb. Debout  mieux  pirec. En marche  mieux  pired. Étendu  mieux  piree. La nuit, la douleur  mieux  piref. Toux, Éternuement  mieux  pireg. Étirement  mieux  pireh. Mouvement  mieux  pirei. Dans la journée, la douleur  mieux  pirej. Inactif  mieux  pire**9. Tests antérieurs: où/ quand ?** IRM \_\_\_\_\_ Tomographie \_\_\_\_\_ Myélogramme \_\_\_\_\_  EMG \_\_\_\_\_ Discogramme \_\_\_\_\_  Scan des os \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_**10. Traitement donné:** Repos au lit  analgésique  relaxant musculaire anti-inflammatoire non-stéroïdal Gabapentin (neurontin)  Pregabalin (Lyrica) orthèse de poignet  orthèse de cheville physiothérapie  chiropractie décompression des nerfs  bloc nerveux autres injections : \_\_\_\_\_ autre chirurgie : \_\_\_\_\_**11. Résultat des traitements antérieurs:** inefficaces  partiellement efficaces  très efficaces**12. Condition actuelle:**Reliée à un accident ?  oui  nonLiée à une blessure au travail?  oui  non

Date de la blessure ou de l'accident \_\_\_\_\_

Couverte par l'indemnité d'accident au travail?  oui  nonObjet d'un litige?  oui  non

Si oui, nom de l'avocat \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE PATIENT – TROUBLES de la MAIN**

NOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ Date Examen: \_\_\_\_\_

**MÉDICATION:**

Liste des médicaments et raison de leurs prescriptions:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ALLERGIES:**

Liste des médicaments et autres produits auxquels vous êtes allergique et la réaction que vous avez:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**HOSPITALISATION PASSÉE / antécédents chirurgicaux:**  
 cochez toutes les chirurgies précédentes et indiquez-en la date :

- Aucune  Main \_\_\_\_\_  
 Colonne cervicale \_\_\_\_\_

Cochez les AUTRES chirurgies:

- aucune  appendicectomie  chirurgie cardiaque  
 amygdales / adénoïdectomie  chirurgie de la thyroïde  
 enlèvement des dents de sagesse  chirurgie du sein  
 chirurgie vésicule biliaire  réparation des hernies  
 autre chirurgie orthopédique  césarienne  
 autre \_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS**

Avez-vous une histoire de problèmes médicaux ou chirurgicaux des cas suivants (expliquez svp)?

	NON	OUI	
Yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Circulation/ Flux sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Poumons / Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Intestins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Utérus/Prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dépression/Problèmes mentaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arthrites/Articulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Caillots de sang/d'autres problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Convulsions cérébrales/épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maux de tête / Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vertiges / évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hépatites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres problèmes médicaux:			_____

**EXAMEN DES SYSTÈMES**

Cochez les items qui vous concernent :

**Musculo-squelettiques/articulations :**

- Maladie musculaire  Arthrites

**Neurologique:**  Maux de tête  Epilepsie

- Accident vasculaire cérébral

**Métabolisme:**  Diabète  Problèmes de la thyroïde

**Troubles de la coagulation:**  Anémie  Caillots

- Problèmes de saignement

**Urinaire:**  Sang dans l'urine  miction fréquente

- Problème de commencer la miction

- Difficulté à cesser d'uriner  Douleur à la miction

- Maladie de la prostate  Maladie rénale

**Respiratoire:**  Asthme  Bronchites  BPCO

- Emphysème  Pneumonie  Tuberculose

**Cardiovasculaire:**  Douleur de poitrine

- Prolapsus valvulaire mitral  Battements de cœur irréguliers

- Haute pression sanguine  Essoufflement

**Génital:**  Infections  Herpès  Maladie vénérienne

**Gastro-intestinal:**  Ulcères d'estomac  Problèmes de

- vésicule biliaire  Pancréatite  Colite  Sang dans les selles

- Hernie hiatale  Maladie du foie  Constipation

- Perte de contrôle de l'intestin  Hépatite  Jaunisse

**Cancer:**  poumons  Seins / Colon / Intestin

- Estomac  Prostate  Peau  Rein  Os

- autre tumeur maligne \_\_\_\_\_

**Maladies immunologiques:**  Infection au VIH / Sida

**Seulement pour les femmes :**  Endométriose

Prenez vous la pilule?  NON  OUI

Êtes-vous présentement enceinte?  NON  OUI

Date prévue de l'accouchement: \_\_\_\_\_

À quand remonte votre dernier examen physique complet? \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_ mois

Y a t-il eu des résultats anormaux?  NON  OUI, décrivez: \_\_\_\_\_

**STYLE DE VIE**

Fumez-vous maintenant?  Non  Oui : Combien de paquets par jour: \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_ années

Fumiez-vous dans le passé?  Non  Oui: Combien de paquets par jour: \_\_\_\_\_ durant \_\_\_\_\_ années

Buvez-vous de l'alcool?  Non  Oui :

Combien par semaine: \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_ années

Avez-vous une histoire d'abus de drogue?  Non  Oui: Décrivez \_\_\_\_\_

**STATUT SOCIAL**

État civil:  Célibataire  Marié(e)  Conjoint(e) de fait  Veuf (veuve)  Divorcé(e)  Séparé(e)

Nombre d'enfants: \_\_\_\_\_

Loisirs: \_\_\_\_\_

Profession du conjoint: \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE PATIENT – TROUBLES de la MAIN**

NOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ Date Examen: \_\_\_\_\_

**HISTORIQUE FAMILIAL:**

Veillez cocher tout problème qui concerne la famille immédiate : (indiquez le lien de parenté)

- Diabète     Pression élevée du sang     Maladie de cœur
- Maladie vasculaire     Douleur au cou     Douleur au dos
- Maladie rénale     Dépression/problèmes mentaux
- Alzheimer/ Perte de mémoire     Pression artérielle faible
- Accident vasculaire cérébral/tumeur cérébrale/ anévrisme
- Problèmes pulmonaires     Parkinson     Sclérose en plaques
- Cancer: \_\_\_\_\_
- Autre \_\_\_\_\_

Y a t-il une raison quelconque qui vous **interdit de recevoir** du sang ou des produits sanguins     non     oui: \_\_\_\_\_

**HISTORIQUE PROFESSIONNEL**

Occupation: \_\_\_\_\_  
 Employeur: \_\_\_\_\_  
 Quand est-ce que l'employeur vous a embauché? \_\_\_\_\_  
 Travaillez-vous actuellement?     Oui     Non  
 Depuis combien de temps avez-vous arrêté le travail? \_\_\_\_\_

Est-ce que votre travail vous oblige à réaliser les activités suivantes :

- Soulever \_\_\_\_\_ kg     Rester assis
- Utiliser un ordinateur     Lever par dessus la tête
- Se pencher en avant
- Conduire un camion ou un chariot élévateur
- Être Debout

Si vous avez un(e) conjoint(e), travaille-t-il (elle)

- Oui     Non

Si NON, depuis combien de temps a t-il/elle arrêté de travailler? \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES DU PATIENT**

(Fournir des explications supplémentaires dans l'espace ci-dessous)

**Je certifie que les informations données, dans ce formulaire, sont correctes et complètes au meilleur de ma connaissance.**

**X** \_\_\_\_\_  
 Signature du patient ou de son représentant

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Vérifié par le médecin/l'infirmière/ l'assistant médical

**AUTORISATION D'EXPLOITATION & DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS/ CONSENTEMENT DE PUBLIER LA PHOTOGRAPHIE**

J'autorise le Dr Rémi Nader, MD et associés, de prendre des photos et/ou des vidéos de moi-même/de ma chirurgie, d'utiliser les informations dans mon dossier médical dans des publications, des consultations, des rapports opératoires, des rapports de laboratoire et de pathologie, des images de radiologie dans des documents cliniques pour des études médicales ultérieures. Je comprends que toutes les informations, mentionnées ci-dessus, pourraient être utilisées dans ces conditions. Je comprends que je peux rejeter cette autorisation à tout moment, mais cela doit être fait par écrit. Cependant, cela ne peut pas inclure les informations déjà divulguées. Je me dégage de toutes réclamations qui touchent le Dr Rémi Nader, MD et associés concernant l'utilisation de ces informations. Je comprends aussi que ces informations appartiennent au Dr Rémi Nader, MD et associés. Je comprends, en outre, que la divulgation de ces informations n'est pas protégée par les règles de confidentialité fédérales et provinciales.

**X** \_\_\_\_\_  
 Signature du patient ou de son représentant

\_\_\_\_\_ Date

**FORMULAIRE PATIENT – TROUBLES de la MAIN**

NOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ Date Examen: \_\_\_\_\_

**ÉVALUATION IBEM: INCAPACITÉS DU BRAS, DE L'ÉPAULE ET DE LA MAIN (DASH)**

Veillez évaluer votre **capacité à faire les activités suivantes** au cours de la dernière semaine en encerclant le chiffre sous la réponse appropriée.

ACTIVITÉS	Pas de Difficulté	Un peu de Difficulté	Difficulté modérée	Difficulté sévère	Incapable
1. Ouvrir un bocal nouveau ou bien fermé	1	2	3	4	5
2. Écrire	1	2	3	4	5
3. Tourner la clé	1	2	3	4	5
4. Préparer un repas	1	2	3	4	5
5. Pousser une lourde porte	1	2	3	4	5
6. Placer un objet sur une étagère au-dessus de la tête	1	2	3	4	5
7. Effectuer de lourdes tâches ménagères (par exemple : laver les murs ou le plancher)	1	2	3	4	5
8. Jardiner ou faire du travail de jardin	1	2	3	4	5
9. Faire le lit	1	2	3	4	5
10. Porter un sac à provisions ou une mallette	1	2	3	4	5
11. Porter un objet lourd (plus de 5 kg / 10 lb)	1	2	3	4	5
12. Changer une ampoule électrique	1	2	3	4	5
13. Laver ou sécher vos cheveux	1	2	3	4	5
14. Laver votre dos	1	2	3	4	5
15. Mettre un pull-over	1	2	3	4	5
16. Utiliser un couteau pour couper la nourriture	1	2	3	4	5
17. Participer à des activités récréatives nécessitant peu d'effort (par exemple : jouer aux cartes, tricoter)	1	2	3	4	5
18. Participer à des activités récréatives dans lesquelles vous utilisez une force ou un impact avec le bras, l'épaule ou la main (par exemple : golf, martelage, tennis)	1	2	3	4	5
19. Participer à des activités récréatives dans lesquelles vous bougez votre bras librement (par exemple : jouer au frisbee, au badminton)	1	2	3	4	5
20. Gérer les besoins de transport (aller d'un endroit à l'autre)	1	2	3	4	5
21. Avoir des activités sexuelles	1	2	3	4	5
TOTAL					

**FORMULAIRE PATIENT – TROUBLES de la MAIN**

NOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ Date Examen: \_\_\_\_\_

**INCAPACITÉS DU BRAS, DE L'ÉPAULE ET DE LA MAIN (IBEM) [suite]**

	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
22. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure votre problème de bras, d'épaule ou de la main <b>a interféré avec</b> vos activités sociales normales avec la famille, les amis, les voisins ou les groupes? (encercler le bon numéro)	1	2	3	4	5

	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
23. Au cours de la dernière semaine, étiez-vous <b>limité dans vos activités régulières</b> à la suite de votre problème de bras, d'épaule ou de main? (encercler le bon numéro)	1	2	3	4	5

	Aucun	Moyen	Modéré	Sévère	Extrême
24. Douleur au bras, à l'épaule ou à la main, en général	1	2	3	4	5
25. Douleur au bras, à l'épaule ou à la main lorsque vous effectuez une activité spécifique.	1	2	3	4	5
26. Picotements (sensation d'épingles et d'aiguilles) dans votre bras, épaule ou main.	1	2	3	4	5
27. Faiblesse dans le bras, l'épaule ou la main.	1	2	3	4	5
28. Raideur dans le bras, l'épaule ou la main.	1	2	3	4	5

Veuillez évaluer la gravité des symptômes suivants au cours de la dernière semaine.

	Pas de difficulté	Difficulté moyenne	Difficulté modérée	Difficulté sévère	Beaucoup de difficulté, incapacité de dormir
29. Au cours de la semaine dernière, quelle <b>difficulté avez-vous eue à dormir</b> à cause de la douleur au bras, à l'épaule ou à la main ? (Encercler le bon numéro)	1	2	3	4	5

	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en accord ni en désaccord	En accord	Fortement en accord
30. Je me sens moins capable, moins confiant ou moins utile à cause de mon problème de bras, d'épaule ou de main. (Encercler le bon numéro)	1	2	3	4	5
<b>TOTAL</b>					

NIVEAU D'INCAPACITÉ =  $[(\text{somme de } n \text{ réponses} / n) - 1] \times 25$ ,  
(où n est le nombre de réponses complétées.)

**FORMULAIRE PATIENT – TROUBLES de la MAIN**

NOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ Date Examen: \_\_\_\_\_

**Questionnaire: Syndrome du Tunnel Carpien (STC)**

Veuillez lire attentivement:

Les questions suivantes réfèrent à vos symptômes pour une période typique de 24 h durant les deux dernières semaines.

Encerclez une réponse par question

**Échelle de sévérité des symptômes (11 items)**

1. Quel est le niveau de douleur à la main ou au poignet durant la nuit ?	Aucune douleur	Léger	Moyen	Sévère	Très sévère
2. À quelle fréquence la douleur à la main ou au poignet vous a-t-elle réveillé au cours d'une nuit typique durant les deux dernières semaines ?	Aucune fois	Une fois	2 à 3 fois	4 à 5 fois	Plus de 5 fois
3. Quel est le niveau de douleur à la main ou au poignet durant la journée ?	Aucune douleur	Léger	Moyen	Sévère	Très sévère
4. À quelle fréquence avez-vous des douleurs à la main ou au poignet pendant la journée?	Aucune douleur	1 à 2 fois / jour	3 à 5 fois / jour	Plus de 5 fois / jour	Tout le temps
5. En moyenne, quelle est la durée d'un épisode de douleur durant la journée?	aucune ou < 1 minute	1 à 10 minutes	10 à 60 minutes	>60 minutes	Tout le temps
6. Avez-vous un engourdissement (perte de sensation) de la main?	Aucun	Léger	Moyen	Sévère	Très sévère
7. Avez-vous une faiblesse à la main ou au poignet?	Aucune	Légère	Moyenne	Sévère	Très sévère
8. Avez-vous des sensations de picotement dans votre main?	Aucune	Légère	Moyenne	Sévère	Très sévère
9. Quelle est la gravité de l'engourdissement (perte de sensation) ou des picotements nocturnes?	Aucune	Légère	Moyenne	Sévère	Très sévère
10. À quelle fréquence l'engourdissement de la main ou les picotements vous ont-ils réveillé au cours d'une nuit typique au cours des deux dernières semaines?	Aucune fois	Une fois	2 à 3 fois	4 à 5 fois	Plus de 5 fois
11. Avez-vous des difficultés avec la saisie et l'utilisation de petits objets tels que des clés ou des stylos?	Aucune difficulté	Peu difficile	Moyennement difficile	Très difficile	Extrêmement difficile

**Échelle de fonctionnalité (8 items)**

	Aucune difficulté	peu difficile	Moyennement difficile	Très difficile	Impossibilité totale d'effectuer l'activité en raison des symptômes des mains et des poignets
Écrire	1	2	3	4	5
Boutonner les vêtements	1	2	3	4	5
Tenir un livre en le lisant	1	2	3	4	5
Saisir un téléphone	1	2	3	4	5
Ouvrir des pots	1	2	3	4	5
Effectuer les tâches ménagères	1	2	3	4	5
Porter un sac d'épicerie	1	2	3	4	5
Se laver et s'habiller	1	2	3	4	5

**FORMULAIRE PATIENT – TROUBLES de la MAIN**

NOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ Date Examen: \_\_\_\_\_

**Évaluation du syndrome du tunnel carpien (STC)**

<b>Questionnaire clinique pour le diagnostic du STC *</b>	
<b>INSTRUCTIONS:</b>	
<b>Encercler OUI, NON ou S.O. (sans objet/ ne s'applique pas)</b>	
Est-ce que la douleur dans le poignet vous réveille la nuit?	Oui 1 Non 0
Est-ce que des picotements et des engourdissements dans votre main vous réveillent pendant la nuit?	Oui 1 Non 0
Est-ce que les picotements et les engourdissements dans la main sont plus prononcés en début de matinée?	Oui 1 Non 0
Avez-vous / effectuez-vous des mouvements particuliers pour faire disparaître les picotements, les engourdissements de vos mains?	Oui 1 Non 0
Avez-vous des picotements et des engourdissements dans votre petit doigt à tout moment?	Oui 1 Non 0
Est-ce que des picotements et des engourdissements se sont manifestés lorsque vous lisez un journal, conduisez une voiture ou tricotez?	Oui 1 Non 0
Avez-vous des douleurs au cou?	Oui 1 Non 0
Le picotement et l'engourdissement de la main sont-ils sévères pendant la grossesse?	Oui 1 Non 0 S.O. 0
Porter une attelle sur votre poignet aide-t-il de diminuer le picotement et l'engourdissement?	Oui 1 Non 0 S.O. 0
<b>TOTAL =</b>	

\* Source: Annexe A du J Hand Surg [Br] 29(1):95-6 Kamath and Stothard, 'Erratum to: A clinical questionnaire for the diagnosis of carpal tunnel syndrome'.  
© 2004 The British Society for Surgery of the Hand.