

## (BONUS) Formulaire d'évaluation subjective

Nom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Durée du problème :** \_\_\_\_\_

**Mécanisme de blessure :** \_\_\_\_\_

**Évolution des symptômes (s'améliore/ s'aggrave/ stable):** \_\_\_\_\_

**Traitements tentés jusqu'à présent:** \_\_\_\_\_

**Imageries médicales effectuées:** \_\_\_\_\_

**Limitations dans le quotidien:** \_\_\_\_\_

**Objectifs visés:**

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

**Historique médical:** \_\_\_\_\_

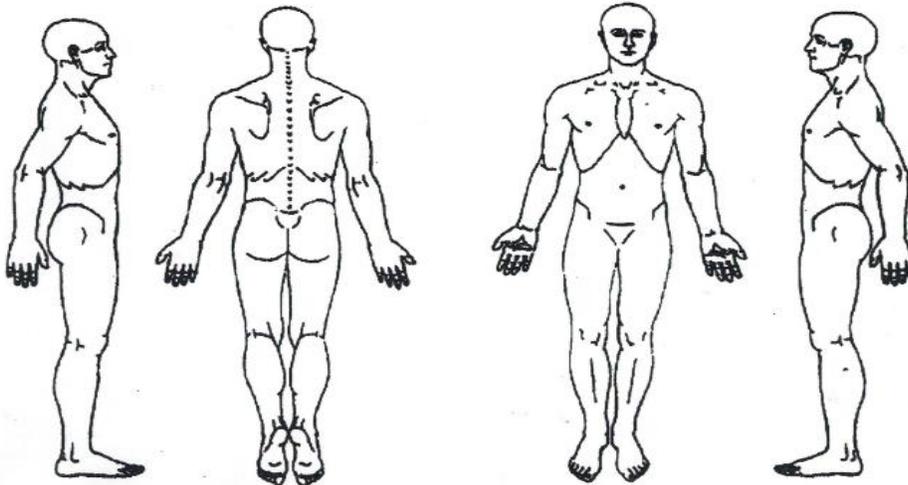
**Antécédents de blessure :** \_\_\_\_\_

**Chirurgies précédentes :** \_\_\_\_\_

**Médication actuelle:** \_\_\_\_\_

### EXAMEN SUBJECTIF

**Localisation de la douleur :**



**Intensité (cote sur 10):** \_\_\_\_\_/10

**Picotements ou engourdissements dans les jambes:** Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

**Sensation de faiblesse dans les jambes :** Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

**Symptômes aggravés par:** \_\_\_\_\_

**Symptômes soulagés par:** \_\_\_\_\_

**Qualité du sommeil:** Excellente \_\_\_\_\_ Moyenne \_\_\_\_\_ Mauvaise \_\_\_\_\_

**Posture de sommeil :** \_\_\_\_\_

**Drapeaux rouges (à consulter un médecin d'urgence si):**

\_\_\_\_\_ Douleur nocturne constante (associé à des sueurs, frissons, fièvre)

\_\_\_\_\_ Perte de poids inexplicquée

\_\_\_\_\_ Changement de sensation dans la région des organes génitaux

\_\_\_\_\_ Incontinence urinaire ou fécale