

Date :

Données du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone portable :

Adresse e-mail :

Médecin de famille :

Adressé par :

Douleurs cervicales, cochez la case et indiquez sur le dessin**1) Localisation de la douleur : localement dans le cou (à l'arrière)**

- ☐ Sur tout le cou, surtout
- ☐ Surtout à gauche
- ☐ Surtout à droite.
- ☐ Partie supérieure du cou juste en dessous du crâne
 - ☐ Gauche
 - ☐ Droite

2) Décrivez la douleur :

- ☐ Pressante
- ☐ Sourde
- ☐ Poignardante
- ☐ Brûlante

3) Est-ce que la douleur est provoquée par :

- ☐ Mouvements du cou
- ☐ Garder la tête dans une certaine position pendant une période plus longue.
 - ☐ Tête en avant
 - ☐ Tête en arrière
 - ☐ Tête tournée vers la gauche
 - ☐ Tête tournée vers la droite
- ☐ Toux
- ☐ Pression pour déféquer

Douleur irradiante**1) Y a-t-il une douleur irradiante dans le cou (par devant) ?**

- ☐ Non
☐ Oui

2) Douleur irradiante vers la tête :

- ☐ Douleur vive et bien définie (indiquez dans quelle zone du schéma des dermatomes à la page 5)
☐ Irradiant vers la tête
☐ Vers la zone du temple
☐ Au front
☐ Jusqu'à sous les yeux
☐ Douleur sourde difficile à définir
☐ Engourdissement au niveau du crâne, veuillez préciser dans quelle zone
☐ Picotements au niveau du crâne, veuillez préciser dans quelle zone
☐ La douleur peut-elle irradier vers les tempes/ le front à gauche/ le front à droite ?
☐ Peigner les cheveux est douloureux
☐ La peau du crâne est hypersensible

3) Douleur dans les extrémités supérieures :

- ☐ Douleur vive et bien définie (indiquez dans quelle zone du schéma des dermatomes à la page 5)
☐ Douleur sourde, difficile à délimiter
☐ Sensation de froid

4) Est-ce que la douleur dans les extrémités supérieures est provoquée ou aggravée par :

- ☐ Mouvements du cou
☐ Garder la tête dans une certaine position pendant une période plus longue.
☐ Tête en avant
☐ Tête en arrière
☐ Tête tournée vers la gauche
☐ Tête tournée vers la droite

5) Y a-t-il des troubles sensoriels dans les extrémités supérieures ?

- ☐ Engourdissement, y a-t-il un engourdissement dans la même zone que la zone de la douleur, sinon indiquez dans quelle zone du dermatome (page 5)
☐ Picotements, est-ce que les picotements se produisent dans la même zone que la zone de la douleur, sinon indiquez dans quelle zone du schéma des dermatomes

- 6) La douleur dans votre bras est-elle associée à des mouvements au niveau de l'épaule ? Si oui, veuillez préciser les mouvements qui provoquent la douleur :**

☐ Non
☐ Oui :
.....

- 7) Avez-vous une diminution de la force musculaire dans les bras ou les mains ?**

☐ Non
☐ Difficulté à saisir, laisser tomber des objets, réduction de force de préhension dans les doigts.
☐ Moins de force dans les poignets et les bras, difficulté à soulever des objets plus lourds.

- 8) Avez-vous des troubles sensoriels dans les membres inférieurs : dans les deux jambes, à gauche, à droite ?**

☐ Sensation d'engourdissement
☐ Picotements
☐ Sensation d'instabilité en fermant les yeux ou en marchant dans un environnement mal éclairé

- 9) Avez-vous moins de force dans les membres inférieurs : dans les deux jambes, à gauche, à droite ? Est-ce que vous le remarquez lorsque vous marchez des distances plus longues ? Quand vous montez ou descendez des escaliers ?**

☐ Non
☐ Oui

Problèmes supplémentaires :

- 1) Avez-vous des difficultés à uriner ?**

☐ Mauvais contrôle de la vessie, besoin soudain d'aller aux toilettes avec parfois une perte d'urine limitée
☐ Incontinence fréquente
☐ Débit faible

- 2) Pouvez-vous conduire une voiture sans avoir mal au cou ?**

☐ Non, j'ai une douleur légère à modérée au cou lorsque je conduis
☐ Non, j'ai des douleurs modérées à sévères au cou lorsque je conduis
☐ Oui, je n'ai pas de douleur au cou lorsque je conduis

- 3) Avez-vous des problèmes de sommeil ?**

☐ Non
☐ Oui, le trouble du sommeil est dû à :
☐ Douleur au cou
☐ Maux de tête
☐ Douleur à l'épaule
☐ Autre :

Des commentaires :
.....

Gravité de la douleur au cou

1) Intensité (cerclez)

Par intensité, on entend le degré de sévérité de la douleur. Quelle est l'intensité de la douleur sur une échelle de 0 à 10 ?

Douleur continue 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

Poussée de douleur 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

- Y a-t-il eu des fluctuations d'intensité ?

☐ Non

☐ Oui, quand ?

☐ Au début des plaintes

☐ Lorsque la douleur était la plus intense

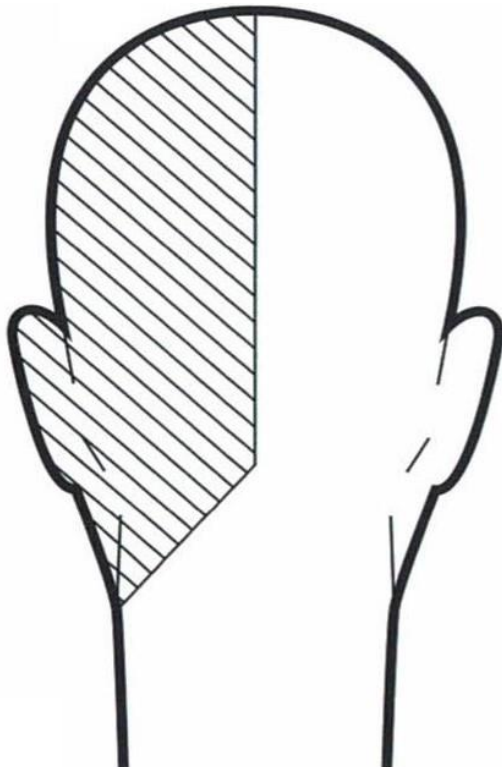
☐ Maintenant

2) Fréquence des poussées de douleur :

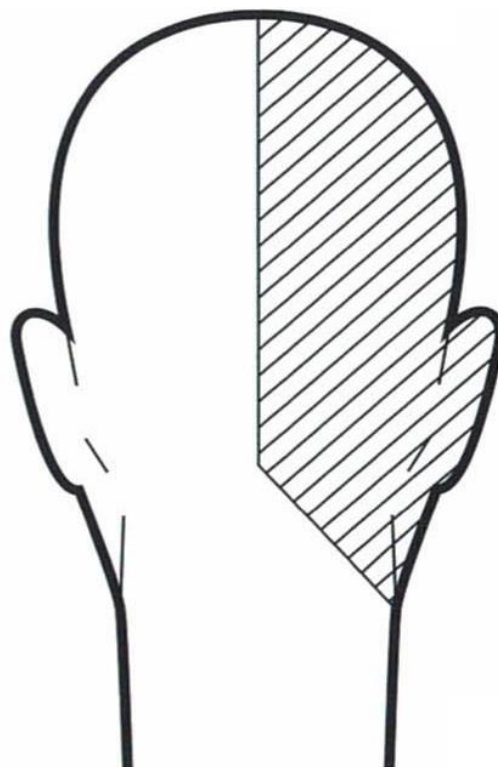
.....
Par jour Par semaine Par mois Par année # dans la vie Continue

S'il existe une douleur dans la zone cou-crâne, indiquez où la douleur apparaît au toucher et indiquez la zone dans laquelle elle s'étend.

GAUCHE :

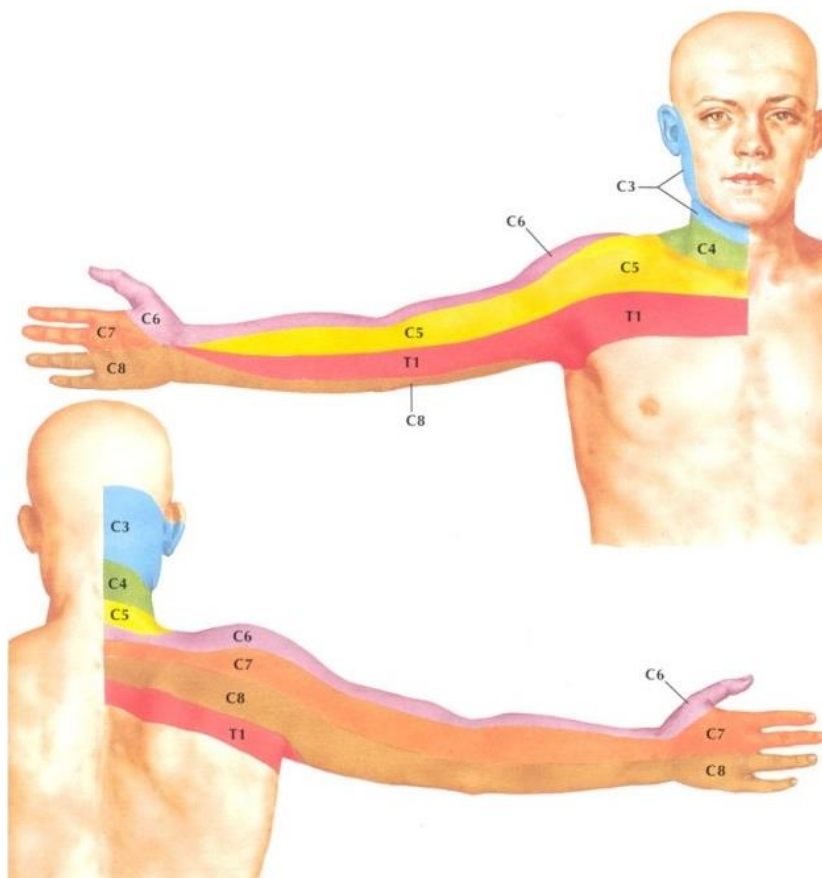


DROITE :



DROITE :

- ☐ C3
- ☐ C4
- ☐ C5
- ☐ C6
- ☐ C7
- ☐ C8
- ☐ T1



GAUCHE :

- ☐ C3
- ☐ C4
- ☐ C5
- ☐ C6
- ☐ C7
- ☐ C8
- ☐ T1

