



A l'attention du médecin responsable de la « Voie rapide dos »

Demande d'évaluation en « Consultation Rachis Spécialisée »

Fax: 021 314 4547 Courriel: dos.rhu-pmu@chuv.ch Courrier: Filière Dos, av. Pierre Decker 4, 1011 Lausanne

Etiquette

Médecin demandeur _____
Service / cabinet _____
Téléphone (important pour transmission d'informations) _____

Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____ Occupation : _____

- Nécessité de prévoir une aide pour traduire la consultation (langue _____)
- Accord du patient pour transmettre ces informations médicales aux médecins du CHUV

Antécédents personnels et contexte de vie

- Situation biopsychosociale complexe _____
- Risque de chronicisation moyen/haut (selon questionnaire à 9 points, voir verso)

Antécédents médicaux _____

Traitement en cours _____

Douleur : type et localisation

Episode aigu ou subaigu chronique (>3 mois)

Localisation cervicale dorsale lombaire irradiante au-delà du genou

Compléments anamnestiques _____

Parcours fait

Arrêt de travail non oui du _____ au _____ détection précoce par l'Ass. Invalidité

Antalgique paracétamol AINS opiacé antiépileptique antidépresseur autre _____

Autres physiothérapie méd. manuelle infiltration bloc facettaire

Dialogue patient-médecin : qu'en est-il de la chirurgie ?

D'accord de discuter éventuelle chirurgie oui non

Handicap majeur pour vie quotidienne oui non

Lombaire Radiculopathie aigüe, mais hyperalgique et incontrôlable ou invétérée (>3 mois)

Antalgie rapide indispensable pour raison non médicale (par ex. risque de perte d'emploi)

Cervicale Suspicion de myélopathie

Radiculopathie déficitaire membre supérieur

Examens Merci de joindre clichés et/ou CD original (ancienneté max 6 mois) et copie du rapport

RX standards non oui _____

IRM / CT non oui _____

Autres examens _____

Commentaires



The Keele STarT Back Screening Tool

Nom du patient: _____ Date: _____

Cochez la case en fonction de votre accord ou désaccord aux affirmations suivantes en vous référant à ces 2 dernières semaines :

		Pas d'accord	D'accord
1	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, mon mal de dos s'est propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, j'ai eu mal à l' épaule ou au cou .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je n'ai parcouru à pied que de courtes distances à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Au cours des 2 dernières semaines, je me suis habillé(e) plus lentement que d'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Il n'est pas vraiment prudent pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Je considère que mon mal de dos est épouvantable et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	De manière générale, je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné **au cours des 2 dernières semaines**?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

Score total (les 9 items): _____

Sous-Score (Items 5-9): _____