



N° de dossier :	N° de décision :
N° (s) matricule(s) :	

Questionnaire médical : Affections locomotrices de la colonne dorsolombaire, du bassin et des articulations sacro-iliaques

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :
Nom du médecin :		Date de l'examen :

DIAGNOSTIC MÉDICAL LIÉ À L'AFFECTION OU AUX AFFECTIONS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE/OUVRANT DROIT À PENSION ET POUR LESQUELLES IL FAUT UN EXAMEN :

1. _____

Ce diagnostic est-il confirmé ou provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

2. _____

Ce diagnostic est-il confirmé ou provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

3. _____

Ce diagnostic est-il confirmé ou provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

Anciens Combattants Canada a besoin de renseignements très précis pour évaluer l'affection ou les affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension du client. Comme ces renseignements ne font pas nécessairement partie des données figurant au dossier clinique, nous vous prions de répondre aux questions suivantes.

Ne remplissez que les sections pertinentes.

Si vous avez besoin de plus d'espace pour consigner les renseignements fournis, veuillez utiliser la feuille réservée aux « commentaires additionnels ».

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : Décrivez les symptômes persistants en indiquant la fréquence et la durée, de même que les facteurs aggravants et les facteurs de soulagement.

Le client se plaint-il de douleur radiculaire/sciatique liée à son affection au niveau de la colonne thoraco-lombaire? Oui Non

Dans l'affirmative veuillez indiquer le foyer de la douleur et la fréquence :

Le client souffre-t-il de blessures au dos? Oui Non **Précisez (en indiquant les dates)**

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

D'autres consultations ou tests de diagnostic sont-ils en cours ou prévus? Oui Non
 Dans l'affirmative, indiquez pour quelle autre affection (si plus d'une) de même que la nature du test et/ou de la consultation ainsi que la date du rendez-vous (si vous la connaissez).

VEUILLEZ JOINDRE/TRANSMETTRE DES COPIES DES RAPPORTS PERTINENTS (C.-À-D. LES RAPPORTS DE DIAGNOSTIC, DE CONSULTATION, DE CHIRURGIE ET DE LABORATOIRE, AINSI QUE DES DONNÉES SOMMAIRES SUR LES CONGÉS DES HÔPITAUX)

TRAITEMENT : Veuillez fournir une liste exhaustive des médicaments (précisez la posologie, la fréquence, la durée, la voie d'administration et la réaction du client au traitement) ainsi qu'une description de toute chirurgie, hospitalisation et toute autre thérapie (p. ex. physiothérapie).

COMPLICATIONS :

L'affection faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension a-t-elle entraîné des complications? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez préciser :

EXAMEN PHYSIQUE : (remplir uniquement la partie qui porte sur l'affection ou les affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension)

Taille _____ Poids _____ Tension artérielle _____ Pouls _____ Respiration _____

ASPECT GÉNÉRAL :

Inspection/palpation :

Veuillez faire des commentaires au sujet de la posture, de la douleur provoquée/des zones gâchettes, des spasmes, etc.

Longueur des membres inférieurs : (veuillez mesurer la distance qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure et l'extrémité inférieure de la malléole interne) Jambe droite : _____ centimètres
 Jambe gauche : _____ centimètres

Démarche : Veuillez décrire la démarche :

Amplitude des mouvements (ADM) actifs de la colonne dorsolombaire : (N = normal)

Flexion (N = 90°) _____ degrés
 Extension (N = 30°) _____ degrés
 Flexion latérale droite (N = 35°) _____ degrés
 Flexion latérale gauche (N = 35°) _____ degrés
 Rotation droite (N = 35°) _____ degrés
 Rotation gauche (N = 35°) _____ degrés

Décrive toute douleur associée au mouvement :

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

Articulations ankylosées :

Y a-t-il présence d'ankylose au niveau de la colonne lombaire? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez indiquer la position en degrés :

Observations connexes résultant d'un examen neurologique des membres inférieurs :

Présence d'autres signes neurologiques au niveau des membres inférieurs : Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez remplir les sections pertinentes ci-dessous :

Déficience sensorielle :

Le client présente-t-il une déficience sensorielle connexe? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez préciser la région atteinte :

Déficience motrice :

Le client présente-t-il une déficience motrice connexe? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez préciser en utilisant l'échelle ci-dessous :

Mesure de la force : cotez à l'aide de l'échelle suivante.

- 5 = Force normale
- 4 = Mouvement contre la résistance incomplet
- 3 = Mouvement contre la pesanteur
- 2 = Mouvement limité en pesanteur réduite
- 1 = Ébauche de mouvement
- 0 = Paralysie totale

S'il y a présence d'atrophie faite une comparaison bilatérale des mesures :

Réflexes : cotez à l'aide de l'échelle suivante.

- 0 = Absents
- 1 = Diminués
- 2 = Normaux
- 3 = Augmentés
- 4 = Clonus

	<u>Droite</u>	<u>Gauche</u>
Rotulien (genou)	_____	_____
Achilléen (cheville)	_____	_____
Signe de Babinski	_____	_____

État de la fracture : (s'il y a lieu)

Veuillez indiquer le type de fractures et leur emplacement :

La ou les fractures sont-elle bien consolidées? Oui Non

Dans la négative, veuillez préciser :

Commentaires :

Ostéomyélite : (s'il y a lieu)

Le client souffre-t-il d'une ostéomyélite? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez faire des commentaires au sujet du foyer, de l'activité, des dates et de l'évolution :

SI LES AVQ SONT AFFECTÉES CONTINUUELLEMENT, MALGRÉ UN TRAITEMENT OPTIMAL, VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION SUR LES AVQ.

AUTRES OBSERVATIONS PERTINENTES : (c.-à-d. autres affections qui pourraient contribuer à la déficience du patient)

Signature du médecin :	ACC doit-il être facturé? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	N° de tél. : ()	Date du jour :
------------------------	--	---------------------	----------------

**Questionnaire médical sur les
activités de la vie quotidienne (AVQ)**

N° de dossier :	N° de décision :
N°(s) matricule(s) :	

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :
Nom du médecin :		Date de l'examen :

**SI APPLICABLE À L'AFFECTION OU AUX AFFECTIONS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE/OUVRANT
DROIT À PENSION****Activités de la vie quotidienne :****Veillez décrire l'effet des affections ouvrant droit à pension sur les activités de la vie quotidienne.**Choisir l'énoncé qui décrit le mieux le niveau de fonctionnement actuel du client pour chacune des activités suivantes :

Activité	Autonome	Autonome (avec aides)	A besoin de rappels, d'incitations, de surveillance	A besoin de beaucoup d'assistance	Totalement dépendant d'autrui
Manger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre son bain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire sa toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'habiller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aller à la toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se transférer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veillez préciser (énumérez les aides requises, précisez si la personne peut s'asseoir/se tenir debout sans aide pour exécuter la tâche, s'il y a des risques, si la personne est alitée, etc.) :

Continence/incontinence :Choisir l'énoncé qui décrit le mieux la situation actuelle du client relativement au contrôle de la vessie et des intestins :

	Continence (aucune assistance requise)	Rares accidents la nuit (au plus une fois par semaine)	Des accidents le jour (plus d'une fois par semaine)	Des accidents le jour (besoin de serviettes pour incontinence)	Des accidents le jour (a besoin d'assistance)	Incontinence totale
Vessie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intestins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaire : veuillez indiquer le nombre de serviettes pour incontinence utilisées par jour, s'il y a lieu.**Capacités locomotrices :** veuillez indiquer si le client a de la difficulté à marcher, la distance de marche et la liste des aides requises.**Douleur chronique :** veuillez indiquer l'intensité de la douleur, la fréquence, les symptômes et la réaction du client au traitement.**Commentaires :** prenez soin d'indiquer les autres affections en cause.

Signature du médecin :	Date du jour :
------------------------	----------------

