

# votredos.com

## Feuillet d'information pour votre médecin

Wyeth Soins de santé inc., fabricant de Robax Platine®, vous offre ces pages que vous pouvez imprimer, remplir et apporter chez votre médecin pour mieux lui expliquer où vous avez mal, ce qui lui permettra de mieux vous aider. Ces renseignements vous aideront à décrire votre mal lorsque vous en parlerez à votre médecin, ce qui l'aidera à poser son diagnostic.

Votre médecin posera sans doute d'autres questions. De plus, vous ne devriez pas utiliser ce questionnaire pour vous auto-diagnostiquer. Si vous avez l'un ou l'autre des symptômes suivants, vous devriez consulter un professionnel de la santé immédiatement : engourdissements, incontinence urinaire ou fécale, douleur intense ou qui dure plus d'une semaine.

1) Où ressentez-vous la douleur et/ou êtes-vous engourdi ?

- au bas du dos seulement
- irradiation dans les fesses et les jambes
- dans le cou ou le haut du dos, ou irradiation dans les épaules et les bras

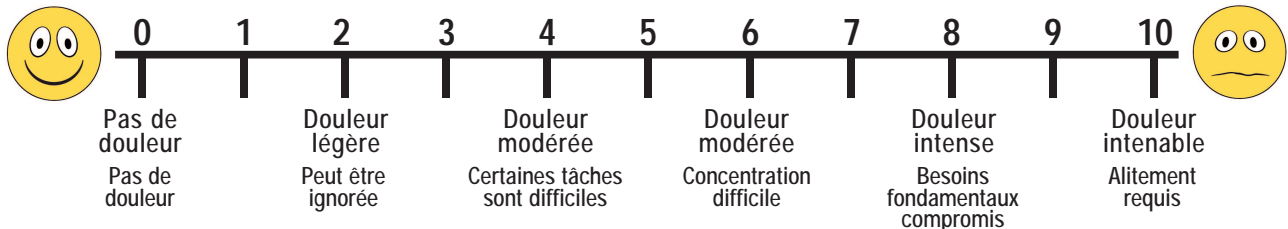
2) Depuis quand avez-vous mal ? (date approximative)

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
J M A

3) La douleur que vous ressentez actuellement a-t-elle commencé...

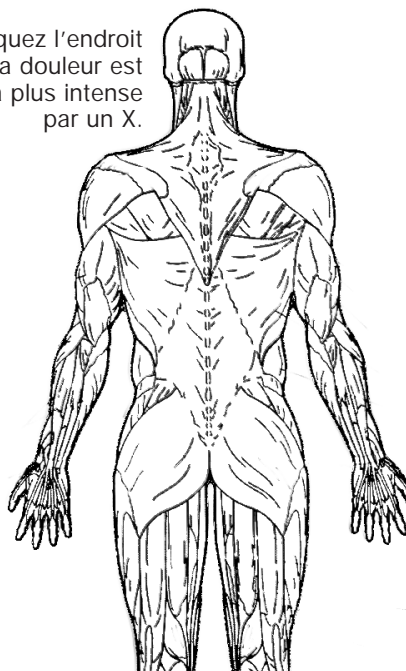
- à la suite d'une blessure ou d'un accident
- pendant que vous souleviez une charge
- au réveil
- en vous penchant
- en travaillant... dans le jardin, au bureau
- en faisant du sport
- Après un épisode de toux et d'éternuements
- autre ; veuillez préciser \_\_\_\_\_

4) Quelle est l'intensité de la douleur ? À l'aide de l'échelle et des descriptions ci-dessous, indiquez à quel point la douleur vous incommode [encerclez une réponse]



5) Où la douleur est-elle la plus intense ?

Indiquez l'endroit où la douleur est la plus intense par un X.



6) En moyenne, pendant combien de temps avez-vous mal ?

- moins d'une heure       5 – 8 heures  
 1 – 2 heures           presque constamment  
 3 – 4 heures

7) Choisissez la phrase qui décrit le mieux votre mal de dos.

- douleur aiguë           raideur  
 douleur sourde         muscles endoloris  
 brullement

8) Quand la douleur est-elle plus intense ?

- au réveil                   aucune différence  
 plus tard en journée     autre ; veuillez préciser \_\_\_\_\_

9) Qu'est-ce qui diminue ou intensifie la douleur ?

---

---

---

10) Avez-vous pris des médicaments pour soulager la douleur ?

- Oui – Passez à la question 11     Non – Passez à la question 13

11) Quels médicaments avez-vous pris ? [inscrivez le nom de la marque]

---

---

---

12) Combien de temps le soulagement a-t-il duré ?

- Le médicament ne m'a pratiquement pas soulagé  
 Le médicament m'a soulagé pendant \_\_\_ heures par dose

13) Avez-vous déjà ressenti de la douleur auparavant ?

- Oui – Passez à la question 14     Non – Passez à la question 18

14) Comment la douleur a-t-elle été traitée ?

---

---

---

15) À quel point le traitement vous a-t-il aidé ?

- Beaucoup                   Peu  
 Assez                         Pas du tout

16) Qu'est-ce qui a causé vos épisodes de douleur précédents ?

---

---

---

17) Pendant combien de temps la douleur a-t-elle duré ?

\_\_\_ jours    \_\_\_ semaines    \_\_\_ mois

18) Avez-vous d'autres problèmes de santé ?

---

---

---

19) Lesquelles des activités suivantes font partie de votre travail quotidien ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> je suis assis à un bureau<br>ou un comptoir | <input type="checkbox"/> je passe plusieurs heures au téléphone              |
| <input type="checkbox"/> je suis debout                              | <input type="checkbox"/> je fais un travail physique exigeant                |
| <input type="checkbox"/> je marche                                   | <input type="checkbox"/> je me penche souvent ; je fais beaucoup de torsions |
| <input type="checkbox"/> je soulève des charges                      | <input type="checkbox"/> autre ; veuillez préciser _____                     |

---

---

---

**Commentaires additionnels :**