Banff Sport Medicine

BANFF PATELLOFEMORAL INSTABILITY INSTRUMENT 2.0

UN SCORE DE QUALITÉ DE VIE POUR LES PATIENTS AVEC INSTABILITÉ PATELLO-FÉMORALE

Nom du patient (prénom / nom): _____

Date de la visite (jour / mois / année): _____

Nom de votre chirurgien :	Pour quel genou consultez-vous aujourd'hui?	Cette visite est votre :
❑ _____	❑ Genou droit ❑ Genou gauche ❑ Les 2 genoux	❑ Consultation pré-opératoire ❑ Visite de 3 mois post-opératoire ❑ Visite de 6 mois post-opératoire ❑ Visite de 12 mois post-opératoire ❑ Visite de 24 mois post-opératoire ❑ Autre _____

DIRECTIVES

Veuillez s'il-vous-plaît répondre à chacune des questions concernant l'état actuel, la fonction et les circonstances entourant votre genou présentant une instabilité de rotule. Considérez les trois derniers mois.

Indiquez par une barre (/) sur la ligne, la position entre 0 et 100 qui correspond le mieux à votre situation.

Par exemple, pour la question suivante :

Est-ce un bon questionnaire?

0 ———————————————————— **100**

Inutile **Fantastique**

Si la barre est placée au milieu de la ligne, cela indique que le questionnaire est de qualité moyenne ou, en d'autres mots, entre les extrêmités «inutile» et «fantastique». Il est important de placer la barre à l'une des extrémités de la ligne si la description correspond à votre situation.

SECTION A: SYMPTÔMES ET PLAINTES PHYSIQUES

1. À quel point êtes-vous affecté par votre instabilité de rotule?

0 ——————————————————————— 100
Extrêmement affecté — Aucunement affecté

2. Qualifiez la douleur ou l'inconfort que vous avez à votre genou lors d'activités prolongées de tous genres (plus d'une heure)? Par exemple : se tenir debout, marcher, pratiquer un sport, etc.

0 ——————————————————————— 100
Douleur sévère — Aucune douleur

3. Qualifiez la douleur ou l'inconfort que vous avez à votre genou lors d'activités prolongées en position assise (plus d'une heure)? Par exemple : cinéma, conduite automobile, etc.

0 ——————————————————————— 100
Douleur sévère — Aucune douleur

4. Avez-vous perdu de la mobilité de votre genou (flexion ou extension)?

0 ——————————————————————— 100
Sévère perte de mobilité — Aucune perte de mobilité

5. Qualifiez la faiblesse de votre genou.

0 ——————————————————————— 100
Faiblesse extrême — Aucune faiblesse

SECTION B: PROBLÉMATIQUES RELIÉES AU TRAVAIL ET/OU AUX ÉTUDES

***Si vous ne travaillez pas en raison de votre genou, placez une barre à l'extrémité gauche de chacune des lignes de cette section.*

6. Qualifiez la difficulté que vous éprouvez avec votre genou lors des mouvements de pivots ou de changements de direction au travail et/ou à l'école?

0 ——————————————————————— 100
Difficulté sévère — Aucune difficulté

7. Qualifiez la difficulté que vous éprouvez lors des mouvements en position accroupie au travail et/ou à l'école?

0 ———————————————————— 100
Difficulté sévère — Aucune difficulté

8. À quel point êtes-vous préoccupé par le temps où vous devez vous absenter du travail et/ou de l'école en raison de votre problématique de genou?

0 ———————————————————— 100
Extrêmement préoccupé — Aucunement préoccupé

9. Est-ce que les coûts reliés à votre problématique de genou ont occasionné des difficultés financières pour vous ou votre famille?

0 ———————————————————— 100
Difficultés financières sévères — Aucune difficulté financière

SECTION C: SPORTS ET LOISIRS

10. À quel point êtes-vous préoccupé par la possibilité que vos loisirs et/ou sports détériorent la condition de votre genou?

0 ———————————————————— 100
Extrêmement préoccupé — Aucunement préoccupé

11. Devez-vous faire preuve de prudence lors de la pratique de sports et/ou loisirs?
(Placez une barre à l'extrémité gauche de la ligne, c'est-à-dire 0, si vous êtes incapable de pratiquer vos sports et/ou loisirs en raison de votre genou)

0 ———————————————————— 100
Toujours avec prudence — Jamais avec prudence

12. Qualifiez la crainte que vous avez que votre rotule se déplace ou se luxe lors de vos sports et/ou loisirs?
(Placez une barre à l'extrémité gauche de la ligne, c'est-à-dire 0, si vous êtes incapable de pratiquer vos sports et/ou loisirs en raison de votre genou)

0 ———————————————————— 100
Crainte extrême — Aucune crainte

13. À quel point êtes-vous préoccupé par votre genou lors de la marche sur un terrain inégal, une surface mouillée ou de la glace?

0 ——————————————————————— 100
Extrêmement préoccupé — Aucunement préoccupé

14. Êtes-vous capable de fournir un effort maximal avec votre genou lors de la pratique de vos sports et/ou loisirs?

(Placez un Xe à l'extrémité gauche de la ligne, c'est-à-dire 0, si vous êtes incapable de pratiquer vos sports et/ou loisirs en raison de votre genou)

0 ——————————————————————— 100
Toujours capable — Jamais capable

SECTION D: STYLE DE VIE

15. À quel point êtes-vous préoccupé avec la sécurité en général en raison de votre problématique de genou? Par exemple : descendre les escaliers, conduire la voiture, transporter un enfant dans vos bras, etc.

0 ——————————————————————— 100
Extrêmement préoccupé — Aucunement préoccupé

16. À quel point votre habileté à faire de l'exercice et maintenir votre forme physique est limitée par votre problématique de genou?

0 ——————————————————————— 100
Complètement limitée — Aucunement limitée

17. À quel point votre plaisir de vivre est-il limité par votre problématique de genou?

0 ——————————————————————— 100
Complètement limitée — Aucunement limitée

18. Évitez-vous de faire des activités de la vie quotidienne avec votre famille et/ou vos amis en raison de votre problématique de genou?

0 ——————————————————————— 100
Toujours — Jamais

19. En raison de votre problématique de genou, avez-vous besoin de plus de planification pour effectuer vos activités de la vie quotidienne et vos activités sociales que les membres de votre famille et/ou vos amis?

0 ———————————————————— 100
Toujours besoin de planifier — Jamais besoin de planifier

SECTION E: SOCIAL ET ÉMOTIONNEL

20. En raison de votre problématique de genou, ressentez-vous de la frustration parce que vos besoins récréatifs ou compétitifs ne sont pas comblés?
(Placez une barre à l'extrémité droite de la ligne, c'est-à-dire 100, si vos besoins compétitifs sont comblés. Placez une barre à l'extrémité gauche de la ligne, c'est-à-dire 0, si n'avez aucun besoin compétitif)

0 ———————————————————— 100
Extrême frustration — Aucune frustration

21. Avez-vous éprouvé de la difficulté à gérer vos émotions en lien avec votre problématique de genou?

0 ———————————————————— 100
Difficulté extrême — Aucune difficulté

22. Êtes-vous nerveux en raison de votre genou?

0 ———————————————————— 100
Toujours nerveux — Jamais nerveux

23. Qualifiez votre crainte de blesser votre genou à nouveau.

0 ———————————————————— 100
Crainte extrême — Aucune crainte

Merci d'avoir complété ce questionnaire.