**Annexe 21quater**

**Formulaire d’auto-reporting pour un genou mécatronique – A remplir par le patient**

|  |
| --- |
| Identification du bénéficiaire (ou vignette de la mutualité) |
| Nom et prénom du bénéficiaire: ………………………………………………………...  Adresse: …………………………………………………………………………………………………….…..  Numéro d’Identification à la Sécurité Sociale: ..................-..............-……..  Nom ou numéro de la mutualité: ……………………………………………….. |

**Formulaire A1 : auto-reporting AVANT la batterie de tests**

Amputation et prothèse actuelle

1. Date d’amputation : ……./…../…………………
2. Quelle a été la raison de votre amputation ?:

accident : □ accident du travail □ accident de droit commun □ autre accident:………………………..

autre ( à spécifier) : ……………………………….

1. Situation socio-familiale et professionnelle

Vivez-vous:

□ seul

□ avec une autre personne

Faites-vous le ménage :

□ de manière autonome sans aide

□ partiellement avec aide: □ famille □ soins à domicile

Avez-vous une activité professionnelle?

□ non pensionné(e) depuis le: …………………………

□ oui

métier avant l’amputation: ……………………………………………………………………………………..

métier depuis l’amputation: ……………………………………………………………………………………

Facteurs environnementaux

1. Environnement domestique

□ plat □ vallonné

1. Votre habitation

□ maison □ appartement

□ au rez-de-chaussée

□ à l’étage (lequel) …………

Y a-t-il un ascenceur ? □ oui □ non

Pouvez-vous utiliser les escaliers?

□ non

□ oui : □ sans dispositif d’aide

□ avec dispositif d’aide : □ canne □ rampe □ monte-escalier

Activités et participation (maison/travail)

1. Quelles activités physiques effectuez-vous régulièrement ?

□ nettoyage □ faire les courses □ jardinage □ excursions et loisirs

□ garde d´enfants □ soins de personnes dépendantes

□ promenade: □ en terrain plat □ en terrain vallonné □ en terrain accidenté

□ autres activités/hobbys/sports:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Marchez vous régulièrement avec une variation de votre vitesse ?

□ quotidiennement □ rarement □ jamais

1. Devez-vous pouvoir porter des objets lorsque vous marchez avec votre prothèse ?

□ non

□ oui: □ quotidiennement □ plusieurs fois/semaine □ plusieurs fois/mois □ rarement

1. Devez-vous vous déplacer dans des espaces réduits ?

□ non

□ oui: □ quotidiennement □ plusieurs fois/semaine □ plusieurs fois/mois □ rarement

1. Contraintes physiques des activités professionnelles :

□ pas d’application

□ travail principalement en position assise □ travail principalement en position debout

□ en alternance debout et assis

□ activité légère □ activité moyennement lourde □ activité lourde

□ contrainte unilatérale

□ marche fréquente sur de longues distances

□ montée fréquente d’escaliers

□ terrain lisse □ terrain accidenté

□ terrain plat □ terrain vallonné

Soulever et porter des objets lourds ? □ oui □ non

Dans des espaces humides / en contact avec l’eau ? □ oui □ non

1. Environnement de travail :

□ pas d’application

□ rez-de-chaussée

□ au …. étage : □ escalier □ ascenseur

1. Quel moyen de transport utilisez-vous pour vos déplacements ?

□ voiture : □ parfois □ souvent □ quotidiennement

□ vélo : □ parfois □ souvent □ quotidiennement

□ transports en commun: □ parfois □ souvent □ quotidiennement

1. Combien d´heures par jour portez-vous votre prothèse? Environ ………….heures

Combien marchez-vous par jour ? nombre d’heures : ………… / nombre de pas : …………/ distance : ………

1. Combien de fois êtes-vous tombé ces 4 dernières semaines ?

□ aucune □ …..x/jour □ …x/semaine □ …..x/mois

Conséquences de la chute :

□ rien □ fracture □ égratignures □ contusions/entorse

autres: ………………………………………………………….

Hospitalisation suite à la chute? : □ oui □ non

1. Quel est votre degré de satisfaction avec votre prothèse actuelle ?

□ très satisfait □ satisfait □ assez satisfait □ sans avis

□ insatisfait □ très insatisfait

Si (très) insatisfait, explication :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Quel niveau de sécurité ressentez-vous avec votre prothèse actuelle ?

□ très satisfait □ satisfait □ suffisamment satisfait □ sans avis

□ insatisfait □ très insatisfait

Si (très) insatisfait, explication :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Attentes

1. Qu´attendez-vous d’une prothèse de genou mécatronique ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Evaluez votre capacité à utiliser, ces 4 dernières semaines, votre prothèse actuelle dans les activités suivantes :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Impossible  (capacité <5%) | Très difficile  (capacité 5-34%) | Plutôt difficile  (capacité 35-64%) | Plutôt facile  (capacité 65-95%) | Sans problème  (capacité >95%) |
| 1. Se promener |  |  |  |  |  |
| 2. Marcher dans des espaces réduits |  |  |  |  |  |
| 3. Monter les escaliers |  |  |  |  |  |
| 4. Descendre les escaliers |  |  |  |  |  |
| 5. Monter une pente raide |  |  |  |  |  |
| 6. Descendre une pente raide |  |  |  |  |  |
| 7. Marcher sur le trottoir et dans la rue |  |  |  |  |  |
| 8. Marcher sur un sol glissant (p.ex. des carrelages mouillés, de la neige, une rue après la pluie ou le pont d’un bateau) |  |  |  |  |  |
| 9. Monter et descendre d’une voiture |  |  |  |  |  |
| 10. S’asseoir et se remettre debout d’un siège haut (p.ex. chaise de salle à manger, chaise de cuisine ou chaise de bureau) |  |  |  |  |  |
| 11. S’asseoir et se remettre debout d’un siège bas et mou (p.ex. relax ou fauteuil bas) |  |  |  |  |  |
| 12. S’asseoir et se remettre debout d’une toilette à hauteur normale sans dispositifs d’aide |  |  |  |  |  |

**À quel point êtes-vous confiant de conserver votreéquilibre lorsque, avec votre prothèse actuelle, vous :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **0%** | **10%** | **20%** | **30%** | **40%** | **50%** | **60%** | **70%** | **80%** | **90%** | **100%** |
| 1. marchez dans la maison ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. montez ou descendez les escaliers ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. vous penchez pour ramasser une pantoufle tout en bas d’une armoire ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. étendez le bras pour atteindre une petite boîte de conserve d’une tablette à la hauteur des yeux ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. vous mettez sur la pointe des pieds et étendez le bras pour atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. vous tenez debout sur une chaise et étendez le bras pour atteindre quelque chose ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. balayez le sol ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. sortez de la maison et marchez jusqu’à une voiture stationnée dans l’entrée de garage ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. entrez ou sortez de la voiture ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. traversez une aire de stationnement jusqu’au centre commercial ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. montez ou descendez une rampe d’accès ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. marchez dans un centre commercial plein de monde où les gens vous croisent rapidement ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. vous faites bousculer par des gens en marchant dans un centre commercial ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. montez ou descendez d’un escalier roulant en tenant la rampe ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. montez ou descendez d’un escalier roulant tout en tenant des paquets qui vous empêchent de tenir la rampe ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. marchez sur des trottoirs verglacés? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Formulaire A2 : auto-reporting APRES la batterie de tests**

1. La prothèse de genou mécatronique répond-elle à vos attentes ?

Echelle numérique sur 10 (dans laquelle 0 = ne répond pas du tout aux attentes et 10 = répond totalement aux attentes). Entourez ce qui convient :

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

**Evaluez votre capacité à utiliser, pendant la période de test, la prothèse avec genou mécatronique dans les activités suivantes :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Impossible  (capacité <  5%) | Très difficile  (capacité 5-34%) | Plutôt difficile  (capacité 35-64%) | Plutôt facile  (capacité 65-95%) | Sans problème  (capacité >95%) |
| 1. Se promener |  |  |  |  |  |
| 2. Marcher dans des espaces réduits |  |  |  |  |  |
| 3. Monter les escaliers |  |  |  |  |  |
| 4. Descendre les escaliers |  |  |  |  |  |
| 5. Monter une pente raide |  |  |  |  |  |
| 6. Descendre une pente raide |  |  |  |  |  |
| 7. Marcher sur le trottoir et dans la rue |  |  |  |  |  |
| 8. Marcher sur un sol glissant (p.ex. des carrelages mouillés, de la neige, une rue après la pluie ou le pont d’un bateau) |  |  |  |  |  |
| 9. Monter et descendre d’une voiture |  |  |  |  |  |
| 10. S’asseoir et se remettre debout d’un siège haut (p.ex. chaise de salle à manger, chaise de cuisine ou chaise de bureau) |  |  |  |  |  |
| 11. S’asseoir et se remettre debout d’un siège bas et mou (p.ex. relax ou fauteuil bas) |  |  |  |  |  |
| 12. S’asseoir et se remettre debout d’une toilette à hauteur normale sans dispositifs d’aide |  |  |  |  |  |

**À quel point êtes-vous confiant de conserver votreéquilibre lorsque, avec la prothèse avec genou mécatronique, vous :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **0%** | **10%** | **20%** | **30%** | **40%** | **50%** | **60%** | **70%** | **80%** | **90%** | **100%** |
| 1. marchez dans la maison ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. montez ou descendez les escaliers ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. vous penchez pour ramasser une pantoufle tout en bas d’une armoire ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. étendez le bras pour atteindre une petite boîte de conserve d’une tablette à la hauteur des yeux ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. vous mettez sur la pointe des pieds et étendez le bras pour atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. vous tenez debout sur une chaise et étendez le bras pour atteindre quelque chose ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. balayez le sol ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. sortez de la maison et marchez jusqu’à une voiture stationnée dans l’entrée de garage ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. entrez ou sortez de la voiture ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. traversez une aire de stationnement jusqu’au centre commercial ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. montez ou descendez une rampe d’accès ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. marchez dans un centre commercial plein de monde où les gens vous croisent rapidement ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. vous faites bousculer par des gens en marchant dans un centre commercial ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. montez ou descendez d’un escalier roulant en tenant la rampe ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. montez ou descendez d’un escalier roulant tout en tenant des paquets qui vous empêchent de tenir la rampe ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. marchez sur des trottoirs verglacés? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |