

INFORMATION PATIENT

Date :

Date de naissance :

Taille :

Poids :

Sexe : M / F

Genou symptomatique : Droit / Gauche

Date d'intervention :

Nom du chirurgien :

Origine Ethnique

Caucasien

Afrique du Nord ou Moyen Orient

Asie

Afrique Noire

Est-ce une chirurgie de première intention ou une révision de prothèse de genou ?

1^{ère} intention

Révision

A compléter par le chirurgien :

Classification fonctionnelle de Charnley

A : Gonarthrose unilatérale

B1 : PTG unilatérale, gonarthrose controlatérale

B2 : PTG bilatérales

C1 : Révision de PTG mais arthrose sur une autre articulation affectant la marche

C2 : Révision de PTG mais problème médical affectant la marche

C3 : PTG uni ou bilatérales avec PTH uni ou bilatérales

EXAMEN PHYSIQUE DU GENOU (à remplir par le chirurgien)

AXES :

1) **Axes : mesurés sur une radiographie de face en charge :**

Neutre : 2-10 degrés de valgus (25 pts)
Varus: moins de 2 degrés de valgus (-10 pts)
Valgus: plus de 10 degrés de valgus (-10 pts)

INSTABILITE :

2) **Instabilité dans le plan frontal (mesurée en extension complète)**

Aucune (15 pts)
Inférieure à 5 mm (10 pts)
Egale à 5 mm (5 pts)
Supérieure à 5 mm (0 pts)

3) **Instabilité dans le plan sagittal (mesurée à 90° de flexion)**

Aucune (10 pts)
Modérée < 5mm (5 pts)
Sévère > 5 mm (0 pts)

4) **Amplitudes articulaires : 1 point pour 5° de flexion**

PENALITES SUR L'ARTICULATION :

Flessum :

1-5 degrés (-2 pts)
6-10 degrés (-5 pts)
11-15 degrés (-10 pts)
Plus de 15 degrés (-15 pts)

Déficit d'extension active :

0 à 10 degrés (-5 pts)
10 à 20 degrés (-10pts)
Plus de 20 degrés (-15 pts)

SYMPTOMES : (à compléter par le patient)

1-Ressentez-vous une douleur à la marche sur terrain plat ?

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

10 - Score

Aucune

Sévère

2

-

Ressentez-vous des douleurs dans les escaliers ou sur terrain en pente ?

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

10 - Score

Aucune

Sévère

Total/25pts

3 – Votre genou vous semble-il « normal » ?

Toujours (5 pts)

Parfois (3 pts)

Jamais (0 pts)

Total/40pts

SATISFACTION : (à compléter par le patient)

1 – Actuellement, quel est votre degré de satisfaction par rapport à la douleur que vous ressentez lorsque vous êtes assis ?

Très satisfait
(8 pts)

Satisfait
(6 pts)

Neutre
(4 pts)

Insatisfait
(2 pts)

Très insatisfait
(0 pts)

2 – Actuellement, quel est votre degré de satisfaction par rapport à la douleur que vous ressentez en étant allongé dans votre lit ?

Très satisfait
(8 pts)

Satisfait
(6 pts)

Neutre
(4 pts)

Insatisfait
(2 pts)

Très insatisfait
(0 pts)

3 – Actuellement, quel est votre degré satisfaction par rapport à la fonction de votre genou lorsque vous sortez du lit ?

- Très satisfait (8 pts) Satisfait (6 pts) Neutre (4 pts) Insatisfait (2 pts) Très insatisfait (0 pts)

4 – Actuellement, quel est votre degré de satisfaction par rapport à la fonction de votre genou lorsque vous effectuez les tâches ménagères ?

- Très satisfait (8 pts) Satisfait (6 pts) Neutre (4 pts) Insatisfait (2 pts) Très insatisfait (0 pts)

5 – Actuellement, quel est votre degré de satisfaction par rapport à la fonction de votre genou lorsque vous effectuez vos activités de loisir ?

- Très satisfait (8 pts) Satisfait (6 pts) Neutre (4 pts) Insatisfait (2 pts) Très insatisfait (0 pts)

Attentes du patient : (à compléter par le patient)

Total/15pts

Qu'espérez-vous accomplir grâce à votre prothèse de genou ?

1 – Attendez-vous de votre prothèse qu'elle soulage votre douleur du genou ?

- Non, pas du tout (1 pt)
 Oui, un petit peu (2 pts)
 Oui, un peu (3 pts)
 Oui, modérément (4 pts)
 Oui, beaucoup (5 pts)

2 – Vous attendez-vous à ce que votre opération vous aide à réaliser vos activités de la vie quotidienne ?

- Non, pas du tout (1 pt)
 Oui, un petit peu (2 pts)
 Oui, un peu (3 pts)
 Oui, modérément (4 pts)
 Oui, beaucoup (5 pts)

3 – Vous attendez-vous à ce que votre opération vous aide dans la pratique de vos activités de loisir ou de sport ?

- Non, pas du tout (1 pt)
- Oui, un petit peu (2 pts)
- Oui, un peu (3 pts)
- Oui, modérément (4 pts)
- Oui, beaucoup (5 pts)

Activités fonctionnelles : (à compléter par le patient)

Total/100pts

Total/30pts

Marcher et rester debout

1 – Pouvez-vous marcher sans aucune aide (sans cannes, sans béquilles) :

- Oui Non

2 – Si non, quelle aide utilisez-vous ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant (-10 pts) | <input type="checkbox"/> Une canne (-4 pts) |
| <input type="checkbox"/> Une béquille (-4 pts) | <input type="checkbox"/> Deux cannes (-6 pts) |
| <input type="checkbox"/> Deux béquilles (-8 pts) | <input type="checkbox"/> Une attelle (-2 pts) |

Autre : _____

3 – Utilisez-vous cette aide à cause de votre genou ?

- Oui Non

4 – Combien de temps pouvez-vous rester debout (avec ou sans aide), avant de devoir vous assoir à cause d'une gêne au niveau de votre genou ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Marche impossible (0 pts) | <input type="checkbox"/> 0-5 minutes (3 pts) | <input type="checkbox"/> 6-15 minutes (6 pts) |
| <input type="checkbox"/> 16-30 minutes (9 pts) | <input type="checkbox"/> 31-60 minutes (12 pts) | <input type="checkbox"/> Plus d'une heure (15 pts) |

Total/15 pts

Description de vos activités

Cochez parmi les activités proposées, les 3 les plus importantes pour vous :

Activités de loisir **Musculation et entraînement**

Natation
Golf (18 trous)
Vélo de route (+ de 30min)
Jardinage
Bowling/ Pétanque
Sports de raquette
Randonnée
Danse
Exercices d'étirement

Football

Soulever des poids
Extension des jambes
Simulateur d'escaliers
Vélo statique
Presse
Jogging
Elliptique
Aerobic

Quel est votre niveau de gêne liée au genou pendant chacune de ces activités ?

Activités (Veuillez reporter les 3 activités dans les cases ci-dessous)	Aucune Légère Modérée Sévère Très sévère
1.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
3.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

5 4 3 2 1