

CARNET DE SUIVI DU DOS





Ce carnet de suivi a été réalisé par la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de la Salamandre, association qui rassemble les professionnels de santé libéraux de l'agglomération blésoise.

C'est un outil de coordination entre vos soignants pour vous offrir le meilleur parcours de soins possibles.

Ce carnet est le vôtre. Il recense les options de traitement que l'on peut être amené à vous proposer, et chaque professionnel pourra y agraffer des éléments supplémentaires s'il le juge nécessaire.

Ce document vous permet d'indiquer à vos soignants l'efficacité de chaque option de traitement qui vous a été proposée.

Ce carnet se décline en 5 parties :

- Votre situation / Identité
- Votre histoire
- L'épisode actuelle et l'évaluation initiale
- Vos consultations de suivi
- Différents outils à disposition des praticiens pour aider à votre suivi et prise en charge

Emportez-ce carnet en consultation pour que chaque professionnel de santé puisse prendre connaissance de son contenu, y inscrire ses observations et échanger sur votre état de santé. Ce sera une aide précieuse pour votre prise en charge.



Fiche de suivi du dos

CPTS La Salamandre

Nom et prénom :

Date de mise en place du livret :

Professionnels intervenants dans le cadre de la pathologie lombaire :

Spécialité	Nom	Coordonnées

*Les données personnelles qui figurent dans ce carnet sont couvertes par le secret professionnel et ne feront l'objet d'aucun traitement informatique. Toute personne appelée à prendre connaissance des renseignements inscrits dans ce carnet est soumise au secret professionnel.

Définitions : <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>



Situation / Identité :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Taille : Poids : IMC :

Antécédent :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Tabac / Alcool

Traitements habituels :

Impact sur l'activité professionnelle :

Profession ou projet professionnel :

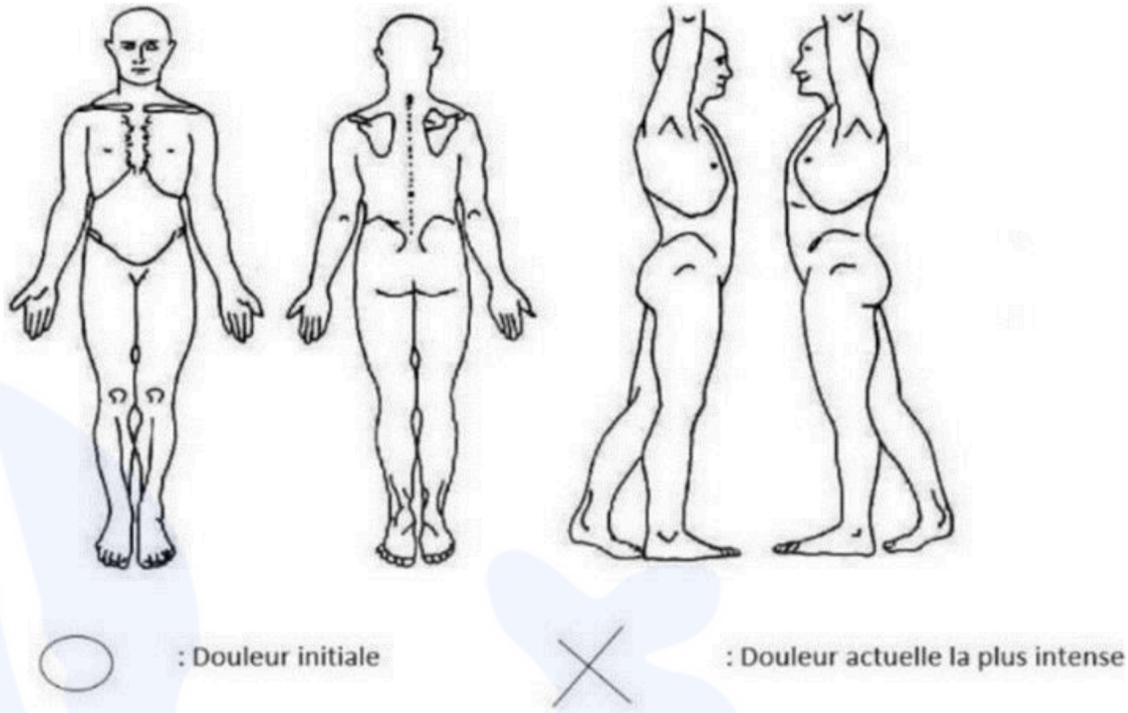
Accident de travail : oui / non *Date :/...../..... -> si plus d'un mois, adresser à un médecin MPR*

Nombre d'arrêt sur l'année glissée : -> si plus de 3, adresser à un médecin MPR

Maladie professionnelle / accident de travail : oui / non *Date :/...../..... -> si oui, adresser à un médecin MPR*

Conflit lié au travail ou à des procédures assurantielles : oui / non -> si oui, adresser à un médecin MPR

Médecin du travail sollicité : oui / non



Inflammatoire / Mécanique / Neuropathique / Nociplastique

Qualité du sommeil : bonne / perturbée / mauvaise

Notes :

.....

.....

Tableau de suivi de la médication :

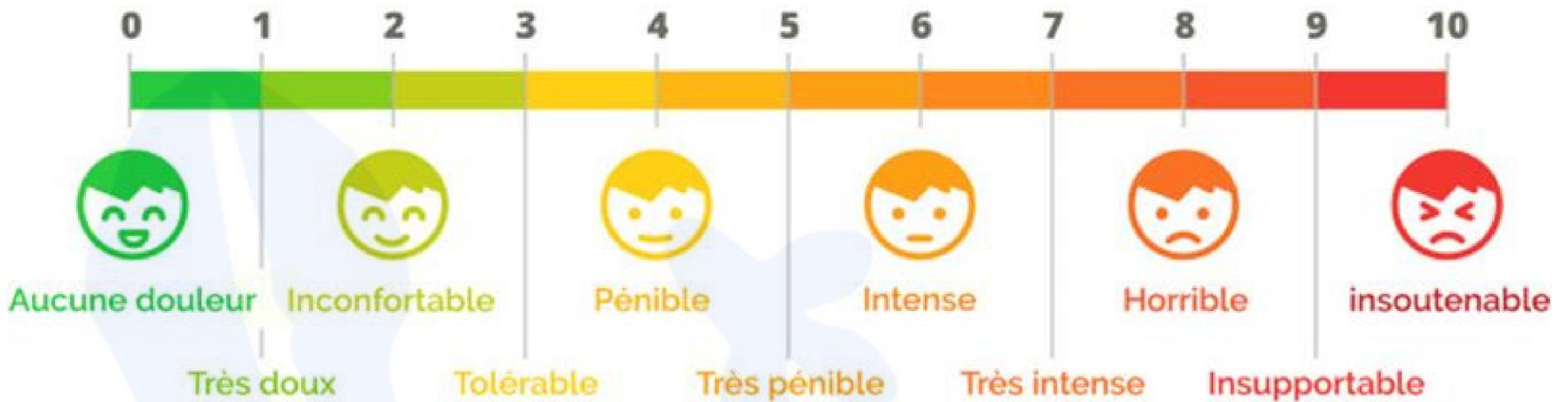
Molécule	Dose maximale journalière	Durée du traitement	Effet
<i>En cas d'échec à un antalgique de pallier II ou 2 AINS corticoïdes adresser à un centre d'évaluation et de traitement de la douleur conjointement à la prescription du troisième traitement.</i>			



EVALUATION INITIALE

Date de première consultation :

Intensité : douleurs au plus intense / au moins intense / courante



Type de douleur : nociceptive (mécanique / inflammatoire) / neuropathique / nociplastique

Startback : >5/9 = adresser MPR, >8/9 = adresser CETD

Éléments de l'examen physique :

.....
.....
.....

Examen neurologique :

.....
.....
.....

Conduite à tenir / prescription :

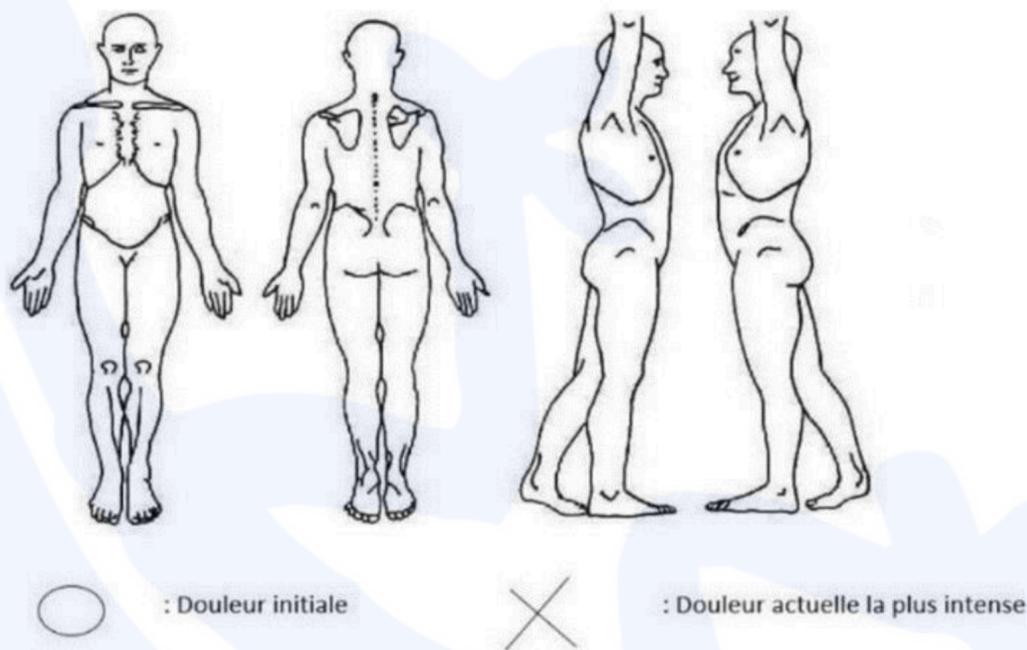
.....
.....
.....



Consultation de suivi médical

Date : Evolution des symptômes et aptitudes :

.....
.....
.....



Conduite tenue depuis la dernière visite :

Thérapeutiques mises en œuvre depuis le premier épisode : Efficacité bonne/partielle/nulle
(Conférer le tableau de suivi de la médication)

Autres observations / examens :

.....
.....
.....

Conduite à tenir / prescription :

.....
.....
.....



Consultation de suivi : Kinésithérapie

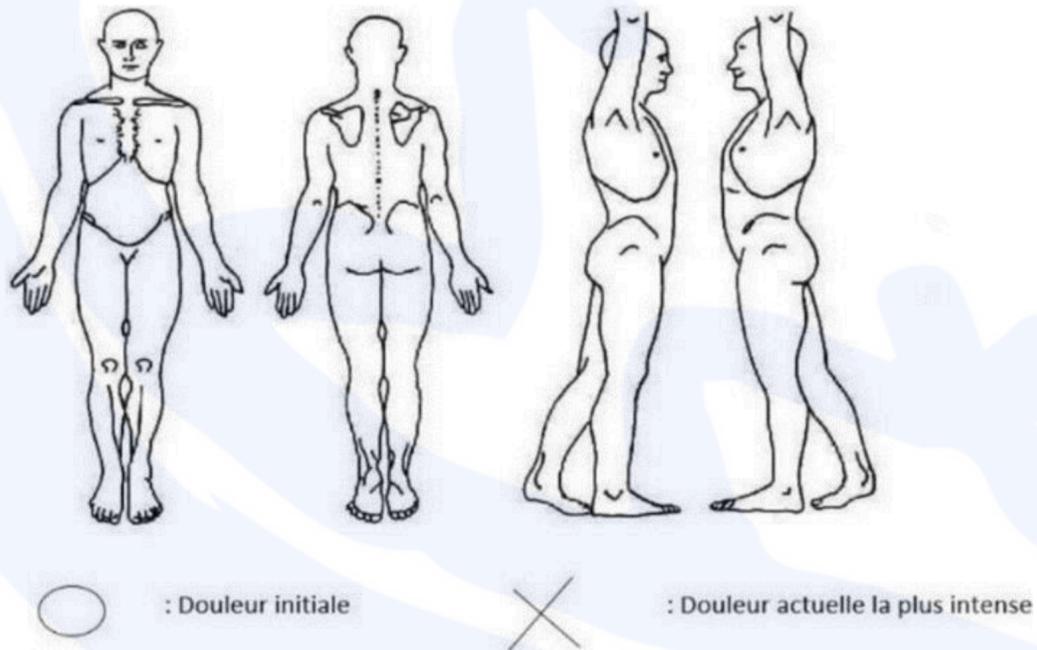
Date de début de prise en charge :

Semaine de suivi :

Attentes / objectifs / limitation d'activité :

Evolution des symptômes et aptitudes :

.....
.....



Conduite tenue depuis la dernière visite :

.....
.....

Autres observations :

.....
.....

Conduite à tenir / prescription :

.....
.....



The Keele STarT Back Screening Tool – Fr

Nom du patient: _____ Date: _____

Cochez la case en fonction de votre accord ou désaccord aux affirmations suivantes en vous référant à **ces 2 dernières semaines** :

		Pas d'accord	D'accord		
		0	1		
1	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, mon mal de dos s'est propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, j'ai eu mal à l'épaule ou au cou .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	Je n'ai parcouru à pied que de courtes distances à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	Au cours des 2 dernières semaines, je me suis habillé(e) plus lentement que d'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	Il n'est pas vraiment prudent pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	Je considère que mon mal de dos est épouvantable et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	De manière générale, je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9	Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné(e) au cours des 2 dernières semaines ?				
	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	0	0	1	1

Score total (les 9 items): _____ **Sous-Score (Items 5-9):** _____



QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D *et al.* Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57.