

Questionnaire sur la neuropathie

Nom du patient _____ Date / /
(jj/mm/aaaa)

Symptômes :

- 1 Êtes-vous incapable de différencier le chaud du froid (par exemple, lorsque vous entrez dans la douche ou le bain)?
 Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

- 2 Vous arrive-t-il de ne pas transpirer, même quand vous avez chaud?
 Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

- 3 Ressentez-vous des sensations d'engourdissement, de picotement, de brûlure ou de fourmillement dans les mains ou les pieds?
 Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

- 4 Avez-vous des problèmes d'équilibre (par exemple, dans la douche ou la nuit ou à d'autres moments)?
 Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

- 5 Avez-vous besoin d'aide pour marcher ou vous déplacer?
 Non Canne Déambulateur Fauteuil roulant

- 6 Vous arrive-t-il d'avoir des engourdissements dans une main ou un bras la nuit, ou d'avoir l'impression qu'ils sont « endormis » ou « morts »?
 Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

[Suite »](#)

Antécédents médicaux :

7 Avez-vous déjà subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un accident ischémique transitoire (AIT, ou mini-AVC)?

Non Oui

8 Avez-vous déjà souffert d'un syndrome du canal carpien?

Non Oui

9 Avez-vous déjà reçu un diagnostic de neuropathie?

Non Oui

10 Avez-vous ou avez-vous déjà eu une sténose spinale (lombaire, cervicale ou autre)?

Non Oui

