



SNAPPS- Questionnaire pour les études sur l'histoire naturelle, l'étiologie et la prévalence de douleur fémoropatellaire

- Q1.1 Avez-vous plus de 18 ans? Oui Non
- Q1.2 Avez-vous moins de 40 ans? Oui Non
- Q1.3 Quel âge avez-vous? ans

Si vous êtes âgé(e) entre 18 et 40 ans, veuillez continuer avec la Question 2.

- Q2 Au cours de votre vie, avez-vous consulté un médecin à cause de problèmes au genou? (Veuillez cocher seulement une case).
- Oui Non

- Q3 Avez-vous eu des douleurs ou problèmes au genou ou autour du genou **au cours de la dernière année?** (Veuillez cocher seulement une case)
- Oui Non

Si vous avez répondu Oui à la Question 3, veuillez continuer avec la Question 4.

Si vous avez répondu Non à la Question 3, veuillez passer à la Question 14.

- Q4 À quel genou avez-vous eu des douleurs ou problèmes? (Veuillez cocher seulement une case)

- Genou gauche seulement
- Genou droit seulement
- Les deux genoux

Q5 Avez-vous déjà eu une chirurgie au genou? (incluant une arthroscopie ou une chirurgie par caméra) (Veuillez cocher seulement une case)

- Non
- Oui, genou gauche seulement
- Oui, genou droit seulement
- Oui, les 2 genoux

Q6 Avez-vous déjà eu une rotule qui est sortie de son articulation (luxation ou dislocation)? (Veuillez cocher seulement une case)

- Non
- Oui, genou gauche seulement
- Oui, genou droit seulement
- Oui, les 2 genoux

Q7 Depuis le début de vos problèmes au genou, est-ce que votre genou **enfle**? (Veuillez cocher seulement une case)

- Non
- Oui, genou gauche seulement
- Oui, genou droit seulement
- Oui, les 2 genoux

Q8 Avez-vous des douleurs et inconfort **depuis plus d'un mois**? (Veuillez cocher seulement une case)

Non

Oui, genou gauche seulement

Oui, genou droit seulement

Oui, les 2 genoux

Q9a À cause de vos problèmes au genou, auriez-vous des douleurs ou difficultés à **rester assis(e) pour une période prolongée**? (Veuillez cocher seulement une case)

Non

Oui, genou gauche seulement

Oui, genou droit seulement

Oui, les 2 genoux

Q9b À cause de vos problèmes au genou, auriez-vous des douleurs ou difficultés à **monter des escaliers**? (Veuillez cocher seulement une case)

Non

Oui, genou gauche seulement

Oui, genou droit seulement

Oui, les 2 genoux

Q9c À cause de vos problèmes au genou, auriez-vous des douleurs ou difficultés à **descendre des escaliers**? (Veuillez cocher seulement une case)

Non

Oui, genou gauche seulement

Oui, genou droit seulement

Oui, les 2 genoux

Q9d À cause de vos problèmes au genou, auriez-vous des douleurs ou difficultés à **vous accroupir**? (Veuillez cocher seulement une case)

Non

Oui, genou gauche seulement

Oui, genou droit seulement

Oui, les 2 genoux

Q9e À cause de vos problèmes au genou, auriez-vous des douleurs ou difficultés à **rester debout pour une longue période**? (Veuillez cocher seulement une case)

Non

Oui, genou gauche seulement

Oui, genou droit seulement

Oui, les 2 genoux

Q9f À cause de vos problèmes au genou, auriez-vous des douleurs ou difficultés à **marcher sur des surfaces planes?** (Veuillez cocher seulement une case)

- Non
- Oui, genou gauche seulement
- Oui, genou droit seulement
- Oui, les 2 genoux

Q9g À cause de vos problèmes au genou, auriez-vous des douleurs ou difficultés à **vous lever d'une chaise?** (Veuillez cocher seulement une case)

- Non
- Oui, genou gauche seulement
- Oui, genou droit seulement
- Oui, les 2 genoux

Q9h À cause de vos problèmes au genou, auriez-vous des douleurs ou difficultés à **vous agenouiller?** (Veuillez cocher seulement une case)

- Non
- Oui, genou gauche seulement
- Oui, genou droit seulement
- Oui, les 2 genoux

Q9i À cause de vos problèmes au genou, auriez-vous des douleurs ou difficultés à **marcher sur des surfaces irrégulières?** (Veuillez cocher seulement une case)

- Non
- Oui, genou gauche seulement
- Oui, genou droit seulement
- Oui, les 2 genoux

Q9j À cause de vos problèmes au genou, auriez-vous des douleurs ou difficultés à **marcher dans des pentes descendantes?** (Veuillez cocher seulement une case)

- Non
- Oui, genou gauche seulement
- Oui, genou droit seulement
- Oui, les 2 genoux

Q9k À cause de vos problèmes au genou, auriez-vous des douleurs ou difficultés à **marcher dans des pentes montantes?** (Veuillez cocher seulement une case)

- Non
- Oui, genou gauche seulement
- Oui, genou droit seulement
- Oui, les 2 genoux

Q9l À cause de vos problèmes au genou, auriez-vous des douleurs ou difficultés à **sautiller**? (Veuillez cocher seulement une case)

Non

Oui, genou gauche seulement

Oui, genou droit seulement

Oui, les 2 genoux

Q9m À cause de vos problèmes au genou, auriez-vous des douleurs ou difficultés à **sauter**? (Veuillez cocher seulement une case)

Non

Oui, genou gauche seulement

Oui, genou droit seulement

Oui, les 2 genoux

Q9n À cause de vos problèmes au genou, auriez-vous des douleurs ou difficultés à **courir**? (Veuillez cocher seulement une case)

Non

Oui, genou gauche seulement

Oui, genou droit seulement

Oui, les 2 genoux

Nous allons maintenant vous poser quelques questions sur chacun de vos genoux.

Commençons par votre genou **droit**.

Q10a En pensant à votre genou **droit**, que considérez-vous comme étant votre principal problème avec votre genou? (Veuillez cocher seulement une case)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Douleur ou inconfort |
| <input type="checkbox"/> | Blocage |
| <input type="checkbox"/> | Dérobement (genou qui cède ou qui lâche) ou sensation de dérobement |
| <input type="checkbox"/> | Aucun problème avec ce genou |

Q10b En pensant à votre genou **droit**, votre problème actuel au genou a-t-il débuté...

(Veuillez cocher seulement une case)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | À cause d'une blessure soudaine, par exemple une torsion, une chute ou un accident pour lequel vous avez consulté un médecin |
| <input type="checkbox"/> | Graduellement, au cours d'une période de temps |
| <input type="checkbox"/> | Ni graduellement, ni suite à une blessure soudaine |
| <input type="checkbox"/> | Incertain, je ne me souviens plus |
| <input type="checkbox"/> | Aucun problème avec ce genou |

Nous allons maintenant vous poser quelques questions à propos de votre genou **gauche**.

Q11a En pensant à votre genou **gauche**, que considérez-vous comme étant votre principal problème avec votre genou? (Veuillez cocher seulement une case)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Douleur ou inconfort |
| <input type="checkbox"/> | Blocage |
| <input type="checkbox"/> | Dérobement (genou qui cède ou qui lâche) ou sensation de dérobement |
| <input type="checkbox"/> | Aucun problème avec ce genou |

Q11b En pensant à votre genou **gauche**, votre problème actuel au genou a-t-il débuté...

(Veuillez cocher seulement une case)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | À cause d'une blessure soudaine, par exemple une torsion, une chute ou un accident pour lequel vous avez consulté un médecin |
| <input type="checkbox"/> | Graduellement, au cours d'une période de temps |
| <input type="checkbox"/> | Ni graduellement, ni suite à une blessure soudaine |
| <input type="checkbox"/> | Incertain, je ne me souviens plus |
| <input type="checkbox"/> | Aucun problème avec ce genou |

Q 12 Veuillez prendre un instant pour réfléchir à l'endroit où vous avez vos douleurs au genou.

Nous aimerions que vous imaginiez que ceci est une photo de vos genoux.

Sur le diagramme suivant, veuillez marquer à l'aide de petits « X » où vous ressentez vos douleurs aux genoux. Vous pouvez utiliser plusieurs petits « X » si nécessaire.



Si vous ressentez des douleurs à l'arrière de votre genou **droit**, cochez ici

Si vous ressentez des douleurs à l'arrière de votre genou **gauche**, cochez ici

Q13 Lequel de vos genoux vous cause le plus de problèmes?

- Toujours le droit
- Habituellement le droit
- Le droit que le gauche de façon égale
- Habituellement le gauche
- Toujours le gauche