

Fiche d'évaluation des symptômes de la malformation d'Arnold Chiari

Nom :

nom d'anonymat fourni

Date :

dd/mm/yyyy

Date de Naissance :

dd/mm/yyyy

Diagnostic de la malformation d'Arnold Chiari par IRM :

oui :

non :

Les questions suivantes concernent les symptômes que vous avez pu avoir au cours des **4 semaines précédentes**

Merci de cocher () le chiffre qui décrit le mieux la manière dont vous avez été dérangé(e) par chacun des ces symptômes

	Je n'ai pas ce symptôme	J'ai ce symptôme et cela...			
		Ne me dérange pas	Me dérange un peu	Me dérange beaucoup	Me dérange énormément
1 . Fatigue	0	1	2	3	4
2 . Maux de tête	0	1	2	3	4
3 . Douleurs cervicales	0	1	2	3	4
4 . Vertiges	0	1	2	3	4
5 . Engourdissement des bras ou des mains	0	1	2	3	4
6 . Fourmillement dans les bras ou les mains	0	1	2	3	4
7 . Faiblesse dans les bras ou les mains	0	1	2	3	4
8 . Troubles du sommeil	0	1	2	3	4
9 . Faiblesse dans les jambes	0	1	2	3	4
10 . Nausées	0	1	2	3	4
11 . Difficultés à avaler (fausse route - difficultés à déglutir)	0	1	2	3	4
12 . Troubles sexuels (perte de libido, impuissance, frigidité)	0	1	2	3	4
13 . Lourdeurs ou douleurs des membres inférieurs	0	1	2	3	4
14 . Troubles cognitifs (perte de mémoire - désorientation)	0	1	2	3	4
15 . Troubles de la marche	0	1	2	3	4
16 . Décharges électriques localisées	0	1	2	3	4
17 . Paresthésie de la face (sensations de fourmillements, de picotements)	0	1	2	3	4
18 . Acouphènes	0	1	2	3	4
19 . Troubles des réflexes	0	1	2	3	4
20 . Troubles sphinctériens	0	1	2	3	4
21 . Baisse de l'acuité visuelle	0	1	2	3	4
22 . Contractions à type de spasmes	0	1	2	3	4

**Les questions suivantes concernent les symptômes que vous avez pu avoir
au cours des 4 semaines précédentes**

Merci de cocher () le chiffre qui décrit le mieux la manière dont vous avez été dérangé(e) par chacun des ces symptômes

	Je n'ai pas ce symptôme	J'ai ce symptôme et cela...			
		Ne me dérange pas	Me dérange un peu	Me dérange beaucoup	Me dérange énormément
23 . Troubles de la vision	0	1	2	3	4
24 . Insensibilité d'un membre inférieur ou des deux	0	1	2	3	4
25 . Nystagmus	0	1	2	3	4
26 . Sensation d'avoir très froid ou très chaud sans relation avec la température ambiante	0	1	2	3	4
27 . Troubles digestifs	0	1	2	3	4
28 . Diplopie (vision double)	0	1	2	3	4
29 . Apnée du sommeil	0	1	2	3	4
30 . Difficultés respiratoires	0	1	2	3	4
31 . Hoquets fréquents et d'une durée longue (plus d'une demi heure)	0	1	2	3	4
32 . Insensibilité d'un membre supérieur ou des deux	0	1	2	3	4
33 . Vomissements	0	1	2	3	4
34 . Sensation de brûlure sur le dos	0	1	2	3	4
35 . Sensations de douleurs en étau autour d'un membre	0	1	2	3	4
36 . Transpiration excessive sans rapport avec un effort ou de la température ambiante	0	1	2	3	4
37 . Insensibilité du visage	0	1	2	3	4
38 . Douleurs intenses sous les pieds (brûlures ou piqure)	0	1	2	3	4
39 . Modification de la voix	0	1	2	3	4
40 . Douleurs momentanées ou brulures du bas-ventre	0	1	2	3	4
41 . Perte de sensation sous les pieds	0	1	2	3	4
42 . Sensations d'arrachement à l'épaule	0	1	2	3	4
43 . Allodynie (douleur à l'effleurement d'une partie du corps)	0	1	2	3	4
44 . Incapacité à ressentir du chaud ou du froid sur une main	0	1	2	3	4
45 . Sècheresse de la peau localisée	0	1	2	3	4
46 . Paraplégies (paralysie plus ou moins intense)	0	1	2	3	4
47 . Sensations de brûlures des mains	0	1	2	3	4
48 . Atrophie musculaire de la main	0	1	2	3	4
49 . Paralysie faciale (partielle ou totale)	0	1	2	3	4
50 . Autres	0	1	2	3	4

Si 1, 2, 3 ou 4; Spécifier :