



## PATIENT QUESTIONNAIRE

Date: \_\_\_\_\_

1 Did you have a procedure at your last visit? If yes, what was it and did it help? Explain.

---

---

---

---

---

---

2 List all medications you take and include doses and times if you know them. Were any changes made to your medications at the last visit? If yes, please list them and state if it helped.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3 What has been your best and worst pain score (1-10) since your last visit?

Best: \_\_\_\_\_ Worst: \_\_\_\_\_

Comments:

---

---

---

---

---

---

---

---

4 Please state any changes in your health since the last visit or list any other information/concerns you want to discuss with your doctor.

---

---

---

---

---

---

---

---

Thank you!



## QUESTIONNAIRE DU PATIENT

Date :

1 Lors de votre dernière visite, avez-vous subi une intervention? Si oui, de quoi s'agissait-il? Veuillez préciser si cette intervention vous a aidé.

---

---

---

---

---

2 Dressez la liste de tous les médicaments que vous prenez, ainsi que les doses et l'heure à laquelle vous les prenez. À votre dernière visite, a-t-on apporté des changements à votre médication? Si oui, veuillez préciser lesquels. Ces changements vous ont-ils aidé?

---

---

---

---

---

---

---

---

3 Depuis votre dernière visite, veuillez indiquer sur une échelle de 1 à 10 l'importance de douleur la plus faible et la plus forte que vous avez ressentie?

Douleur la plus faible : \_\_\_\_\_ Douleur la plus forte : \_\_\_\_\_

Commentaires :

---

---

---

---

---

4 Veuillez indiquer tout changement de votre état de santé depuis votre dernière visite ou tout autre sujet ou questions dont vous souhaitez discuter avec votre médecin.

---

---

---

---

---

---

---

---

Merci!