



reeducation-ergo-main.fr

## QUESTIONNAIRE D'AUTO-DIAGNOSTIC D'UN TROUBLE DE LA PREHENSION

*Vous présentez un problème médical qui limite l'usage des mains et/ou des membres supérieurs au quotidien que ce soit, pour réaliser des actes essentiels (toilette, habillage prise de repas, etc...), des activités de loisirs (musique, sport, jardinage, activités manuelles, etc...) ou pour développer vos performances scolaires / professionnelles.*

*Il est probable que vous présentez un trouble de la préhension : votre gêne fonctionnelle impacte la façon de saisir et de manipuler des objets et génère une limitation d'activité. Un programme de Rééducation et de Réadaptation gestuelle peut vous aider à améliorer vos performances, à augmenter votre niveau d'activité voire lorsque la gêne est irréversible, à limiter la perte d'autonomie en développant des stratégies de compensation plus efficaces.*

*Il est parfois difficile de mettre des mots sur ces difficultés et d'exprimer une demande d'aide. Cet outil prend en compte les difficultés fonctionnelles aux mains et/ou aux membres supérieurs et a pour objectif de faciliter les échanges avec votre médecin et d'orienter vers le professionnel compétent, dont un ergothérapeute.*

*Remplir ce questionnaire est aussi utile pour préparer la première consultation avec l'ergothérapeute et personnaliser le programme de soins en tenant compte de vos occupations.*

**DATE :**

IDENTITE	
CIVILITE : Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/>	
Nom :	Prénom:
Date de Naissance :	Age :
Statut socio-professionnel :	
SUIVI MEDICAL	
Médecin Traitant	Nom : Ville : Téléphone:
Médecin Spécialiste : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nom Spécialité : Structure : Autre spécialiste :
Kinésithérapeute : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nom : Ville : Téléphone :
DIAGNOSTIC MEDICAL	
Origine du trouble :	Précisez la pathologie :
Période d'apparition des premières difficultés :	
Localisation Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>	
Zone(s) : Main <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Epaule <input type="checkbox"/>	
Latéralité Droitier(e) <input type="checkbox"/> Gaucher(e) <input type="checkbox"/> Ambidextre <input type="checkbox"/>	

Questionnaire mains - Page 1/4



reeducation-ergo-main.fr

<b>PLAINTE( S) FONCTIONNELLE (S)</b>
<b>La gêne aux mains est-elle plus importante</b> A droite <input type="checkbox"/> A gauche <input type="checkbox"/> Aux deux mains <input type="checkbox"/>
<b>Ressentez-vous une raideur ou un manque de souplesse ?</b> <b>A gauche</b> Main <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Epaule <input type="checkbox"/> <b>A droite</b> Main <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Epaule <input type="checkbox"/>
<b>Ressentez-vous une perte de force qui limite par exemple la saisie ou la manipulation d'objets lourds ?</b> <b>A gauche</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>A droite</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pouvez-vous citer une activité qui vous pose problème ?
<b>Ressentez-vous une perte d'endurance, soit une difficulté à répéter un geste ou à maintenir une position ?</b> <b>A gauche</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>A droite</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pouvez-vous citer une activité qui vous pose problème ?
<b>Ressentez-vous une lenteur inhabituelle pour réaliser certaines activités ?</b> <b>A gauche</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>A droite</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pouvez-vous citer une activité qui vous pose problème ?
<b>Ressentez-vous une fatigue à l'effort, vous obligeant par exemple à stopper une activité prématurément ?</b> <b>A gauche</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>A droite</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pouvez-vous citer une activité qui vous pose problème ?

Questionnaire mains - Page 2/4



reeducation-ergo-main.fr

### DOULEURS ET INCONFORT FONCTIONNEL

**Avez-vous des douleurs aux mains ?** oui  non

**Si oui**, ces douleurs se déclenchent-elles : Au repos  A l'effort  En permanence

Sont-elles responsables de réveils nocturnes ? oui  non

Limitent-elles votre autonomie au quotidien ? oui  non

**Souffrez-vous de :**

Crampes  Froid (douloureux)  Fourmillements  Sensations de Pique

Sensations de brûlure  Sensation de déchirure  Engourdissements  Sensations de décharge électrique

Autre  Précisez :

**Ces douleurs ou inconforts fonctionnels retentissent-ils sur votre moral ?**

Pas du tout  Un peu  beaucoup  Totalemment

**Avez-vous des troubles de la sensibilité ?** oui  non

Pouvez-vous reconnaître le chaud du froid sans la vue ? oui  non

Pouvez-vous reconnaître des objets sans la vue (ex : dans un sac à main) ? oui  non

Pouvez-vous sentir la position de vos membres supérieurs hors champ visuel ? oui  non

### CAPACITES GESTUELLES et/ou de PREHENSION

**Pouvez-vous réaliser les gestes suivants ?**

**Amener la main droite :** A la bouche  Au front  Sur la tête  Dans le dos

**Amener la main gauche :** A la bouche  Au front  Sur la tête  Dans le dos

**Etes-vous gêné(e) pour saisir des tous petits objets ?** (Ex : épingle, pièce de monnaie)

**Avec la main droite** Oui  Non

**Avec la main gauche** Oui  Non

**Etes-vous gêné pour saisir de gros objets lourds ?** (Ex : bouteille d'eau, livre)

**Avec la main droite** Oui  Non

**Avec la main gauche** Oui  Non

**Vous arrive-t-il de lâcher des objets ou de les casser ?**

**Avec la main droite** Oui  Non

**Avec la main gauche** Oui  Non

**Etes-vous capable de manipuler plusieurs pièces de monnaie dans une seule main et sans l'aide de l'autre main ?**

Incapable  Capable avec difficultés  Tout à fait capable

Questionnaire mains - Page 3/4



reeducation-ergo-main.fr

VIE QUOTIDIENNE				
<i>Nous vous demandons d'évaluer vos difficultés aujourd'hui pour les activités suivantes et en imaginant que vous devez les réaliser seul(e) sans aide humaine et/ou sans compensation technique. Si vous n'avez pas l'habitude de réaliser cette activité au quotidien, cochez l'item Non Concerné.</i>				
Activités	Aucune difficulté	Difficultés	Réalisation impossible	Non Concerné
<b>TOILETTE/HABILLAGE</b>				
Boutonner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfiler des gants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipuler des fermoirs de bijoux (dont montre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se maquiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>REPAS</b>				
Couper de la viande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eplucher un fruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrir une bouteille ou un bocal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se servir à boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COMMUNICATION</b>				
Ecrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saisir au clavier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maintenir le combiné d'un téléphone à l'oreille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mettre une clé dans une serrure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ACTIVITE MANUELLE</b>				
Utiliser une paire de ciseaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déchirer plusieurs feuilles épaisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allumer un briquet (à billes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actionner un vaporisateur avec l'index	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Détacher un chèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipuler des pièces de monnaie dans la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser un sécheur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIE SOCIO-PROFESSIONNELLE
<b>La gêne des mains retentit-elle sur :</b> <b>Votre activité professionnelle :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser : Avez-vous besoin de conseils spécifiques ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Votre(vos) activité(s) de loisir :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser : Avez-vous besoin de conseils spécifiques ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Questionnaire mains - Page 4/4