

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre sondage portant sur le rôle de l'examen neurologique dans votre pratique en soins primaires et dans vos décisions de référer vos patients à des neurologues. Ce sondage devrait vous prendre environ 5 à 10 minutes. Soyez assuré que toutes les informations que vous partagez demeureront strictement anonymes et confidentielles.



McGill

Université  
de Montréal

\* 1. Au cours des 90 derniers jours, environ combien de patients avez vous référés à un neurologue?

- Aucun
- 1 - 2
- 3 - 5
- 6 - 10
- 11 ou plus

Pour les questions qui suivent, essayez de vous rappeler de 3 patients récents que vous avez référés pour une consultation chez un neurologue. N'incluez pas les patients que vous avez référés pour des tests spécifiques comme un EMG ou un EEG. S'il vous plait, répondez aux questions suivantes pour chacun de ces 3 patients (Patient 1 étant la plus récente demande de consultation).

\* 2. Est-ce que vous avez effectué (choisissez la réponse la plus appropriée pour chaque patient) :

	Patient 1	Patient 2	Patient 3
Votre examen neurologique complet usuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un examen neurologique partiel, plus limité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas d'examen neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Sélectionnez les sections de l'examen neurologique que vous avez effectuées :

	Patient 1	Patient 2	Patient 3
Fond d'œil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Champs visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réflexe photomoteur des pupilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements oculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Force des muscles du visage (nerf crânien VII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réflexes ostéo-tendineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tonus (membres supérieurs et/ou inférieurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Force segmentaire (membres supérieurs et/ou inférieurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilité tactile superficielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens vibratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilité douloureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épreuve doigt-nez et/ou talon-genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation de la démarche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épreuve de Romberg (proprioception)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonction mentale supérieure / fonction cognitive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez sélectionné « Autre(s) » pour un ou plusieurs patients, veuillez préciser :

4. Avez vous jugé une ou des trouvaille(s) de l'examen neurologique comme étant anormale(s)?

	Patient 1	Patient 2	Patient 3
Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Si oui, quelles trouvailles?

Patient 1

Patient 2

Patient 3

\* 6. Est-ce que les résultats de l'examen neurologique ont influencé votre décision de référer votre patient?

	Patient 1	Patient 2	Patient 3
Oui, je soupçonnais la nécessité d'une consultation avec un neurologue avant l'examen et les trouvaillles positives ont confirm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, avant l'examen je ne croyais pas que référer le patient à un neurologue était nécessaire, mais les trouvaillles posit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non, j'ai déterminé la nécessité de référer le patient à un neurologue avant l'examen et les trouvaillles négatives ne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non, avant l'examen je ne croyais pas que référer le patient à un neurologue était nécessaire et les trouvaillles de l'examen ne m'ont pas convaincu autrement, cependant le patient a été référé pour d'autres raisons.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas effectué un examen neurologique complet ou partiel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez sélectionné « Autre » pour un ou plusieurs patients, veuillez préciser :

\* 7. Avez-vous référé votre patient à un neurologue en spécifiant (choisissez toutes les réponses applicables) :

	Patient 1	Patient 2	Patient 3
Un diagnostic spécifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelques diagnostics différentiels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le(s) symptôme(s) du patient pour le(s)quel(s) le diagnostic n'est pas clair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouvaillles de l'examen neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez sélectionné « Autre » pour un ou plusieurs patients, veuillez préciser :

\* 8. Quelle était la raison principale pour laquelle vous avez référé le patient?

	Patient 1	Patient 2	Patient 3
Les symptômes ont suggéré un problème neurologique malgré un examen neurologique normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des trouvaillles de l'examen neurologiques étaient anormales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient a demandé d'être référé à un neurologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les antécédents personnels ou familiaux du patient soutenaient la nécessité d'une consultation avec un neurologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez sélectionné « Autre » pour un ou plusieurs patients, veuillez préciser :

\* 9. Pour les patients sur lesquels un examen neurologique n'a pas été effectué, quelle était la raison?

	Patient 1	Patient 2	Patient 3
Aucune section de l'examen neurologique ne semblait pertinente pour les symptômes du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient était inapte à subir l'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les trouvailles de l'examen n'auraient pas eu d'influence sur ma décision de référer le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faible niveau de confort avec l'examen neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez sélectionné « Autre » pour un ou plusieurs patients, veuillez préciser :

\* 10. Dans quel contexte pratiquez-vous principalement?

- Centre hospitalier universitaire
- Hôpital général ou spécialisé
- Bureau privé
- CLSC
- CSSS
- Soins de longue durée
- Soins à domicile
- Autre (veuillez préciser) :

\* 11. Dans quelle ville est située votre pratique?

\* 12. Quel est votre type de pratique principalement?

- Solo
- Groupe
- Autre (veuillez spécifier) :

\* 13. Depuis combien d'années pratiquez-vous la médecine familiale?

\* 14. Avec quelle université êtes vous affilié?

- Université McGill
- Université de Montréal
- Autre (veuillez spécifier) :

\* 15. Où avez-vous étudié la médecine?

\* 16. Où avez-vous complété votre résidence de médecine de famille?

\* 17. Quelle est votre tranche d'âge?

- 20 - 29
- 30 - 39
- 40 - 49
- 50 - 59
- 60 - 69
- 70 et plus

\* 18. Quelle est votre identité de genre?

- Homme
- Femme
- Autre (veuillez spécifier) :

19. Avez-vous d'autres commentaires concernant l'examen neurologique et son rôle dans votre pratique?

Précisez, s'il vous plaît :

**Nous vous remercions d'avoir pris le temps de participer à notre étude. Si vous avez d'autres commentaires ou des questions, n'hésitez pas à nous contacter.**