

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DOULEUR CHRONIQUE

Nom et prénom du patient : Date :/...../.....

**1 - PARTIE A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE
MEDECIN TRAITANT OU SPECIALISTE**

EXISTE-T-IL UN DIAGNOSTIC POUR LE SYNDROME DOULOUREUX MOTIVANT LA CONSULTATION ?

.....
.....

QUELS SONT LES ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX DU PATIENT ?

- | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Chirurgie du rachis | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | - Pathologie hépatique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Pathologie du rachis | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | - Pathologie digestive | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Autre pathologie rhumatologique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | - Pathologie de la thyroïde | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Diabète | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | - Pathologie respiratoire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Pathologie neurologique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | - Glaucome | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Antécédent psychologique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | - Pathologie cardiaque | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Antécédent néoplasique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | - Pathologie vasculaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Pathologie rénale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | | |

PRECISER LA OU LES PATHOLOGIE(S)

.....
.....
.....

Y-a-t-il d'après vous un lien avec le syndrome motivant la consultation ? Oui Non

Si oui, lequel :

.....

Quels résultats ont apporté les examens paracliniques réalisés ?

.....
.....
.....
.....

TRAITEMENT ACTUEL (douleur et autre) :

.....

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX ET NON MEDICAMENTEUX DEJA UTILISES A VISEE ANTALGIQUE

.....

.....

.....

.....

.....

Un rendez-vous a été sollicité pour votre patient auprès de notre service.

Quelles sont vos attentes par rapport à cette consultation ?

.....

.....

.....

.....

.....

Date :/...../.....

Adresse MAIL :

Téléphone :

Signature du médecin :

Tampon :

.....

2 - PARTIE A REMPLIR PAR LE PATIENT

(Votre autoévaluation de la douleur)

Nom et Prénom : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

N° téléphone fixe :/...../...../...../..... N° téléphone portable :/...../...../...../.....

Adresse mail :

MODE DE VIE

Enfants Oui Non Si oui, nombre :

Vit seul Oui Non

Conjoint(e)

Autre (s)

Ascendant(s)

Descendant(s)

Si non, préciser

TYPE DE LOGEMENT

Appartement Oui Non

Maison Oui Non

Rez-de -chaussée Oui Non

Etage Oui Non

Ascenseur Oui Non

Activités / Loisirs / Détentes :

MODE DE DEPLACEMENT

Conduisez-vous ? Oui Non

Prenez-vous les transports en commun ? Oui Non

Etes-vous véhiculé par l'entourage Oui Non

Autre :

PROFESSION

Votre métier :

Depuis quand l'exercez-vous ? :

REVENUS ACTUELS

Salarié(e) Oui Non

Profession libérale Oui Non

Retraité(e) Oui Non

Au chômage Oui Non

Au RSA Oui Non

En arrêt maladie Oui Non

En accident de travail Oui Non

- Si oui, date :/...../.....

Allocation adulte handicapé Oui Non

COUVERTURE SOCIALE

100 % ALD Oui Non

Si oui, pathologie :

100 % hors liste Oui Non

Mutuelle complémentaire Oui Non

CMU Oui Non

Nom des médecins référents

Généraliste :

Spécialistes :

Année ou date d'apparition des douleurs :

Avez-vous une explication à la cause de votre douleur ?

Votre douleur est associée à :

Une maladie Oui Non

Une chirurgie Oui Non

Un accident Oui Non

Autre :

Avez-vous déjà consulté un ou plusieurs médecin(s) spécialiste de la douleur ? Oui Non

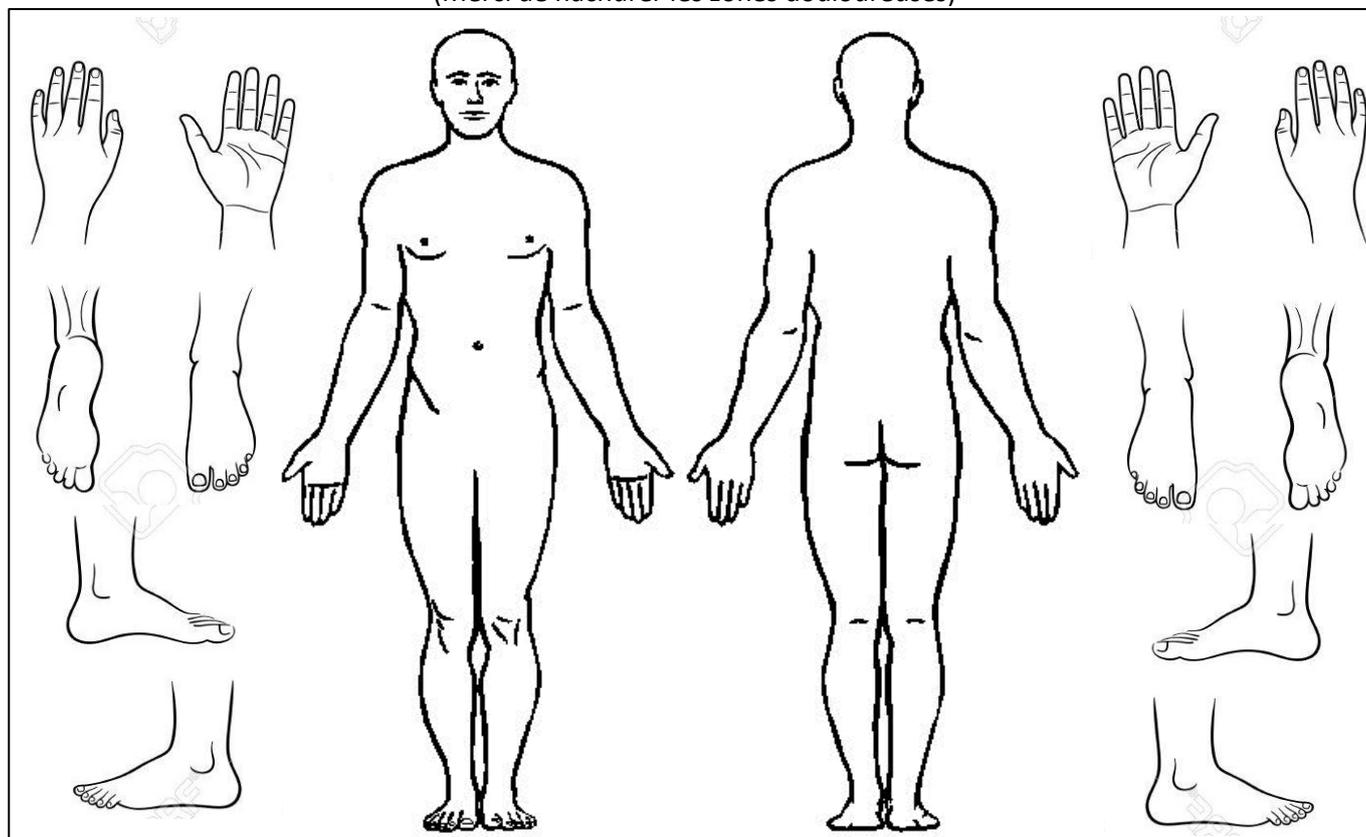
Si oui, Quel était le nom de ce médecin ?

Leur lieu de consultation ?

Quelle proposition vous a-t-il faite ?

Qu'avez-vous mis en place ?

LOCALISATIONS DE VOTRE DOULEUR
(Merci de hachurer les zones douloureuses)



COMMENT CETTE DOULEUR RETENTIT SUR VOS EMOTIONS ?

(Pour chaque question cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous éprouvez)

1. Je me sens tendu (e) ou énervé (e)

- 3. La plupart du temps
- 2. Souvent
- 1. De temps en temps
- 0. Jamais

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- 0. Oui, tout autant qu'avant
- 1. Pas autant
- 2. Un peu seulement
- 3. Presque plus

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait arriver

- 3. Oui, très nettement
- 2. Oui, mais ce n'est pas grave
- 1. Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0. Pas du tout

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- 0. Autant que par le passé
- 1. Plus autant qu'avant
- 2. Vraiment moins qu'avant
- 3. Plus du tout

5. Je me fais du souci

- 3. Très souvent
- 2. Assez souvent
- 1. Occasionnellement
- 0. Très occasionnellement

6. Je suis de bonne humeur

- 3. Jamais
- 2. Rarement
- 1. Assez souvent
- 0. La plupart du temps

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- 0. Oui, quoi qu'il arrive
- 1. Oui, en général
- 2. Rarement
- 3. Jamais

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- 3. Presque toujours
- 2. Très souvent
- 1. Parfois
- 0. Jamais

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- 0. Jamais
- 1. Parfois
- 2. Assez souvent
- 3. Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- 3. Plus du tout
- 2. Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- 1. Il se peut que j'y fasse plus attention
- 0. J'y prête autant attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive plus à tenir en place

- 3. Oui, c'est tout à fait le cas
- 2. Un peu
- 1. Pas tellement
- 0. Pas du tout

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- 0. Autant qu'avant
- 1. Un peu moins qu'avant
- 2. Bien moins qu'avant
- 3. Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- 3. Vraiment très souvent
- 2. Assez souvent
- 1. Pas très souvent
- 0. jamais

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision

- 0. Souvent
- 1. Parfois
- 2. Rarement
- 3. Très rarement

Score :

COMMENT QUALIFIEZ-VOUS CETTE DOULEUR ?

 (Cochez par un **X** le type de douleur que vous ressentez depuis les 8 derniers jours)

	Absent	Faible	Modéré	Fort	Extrêmement fort		Absent	Faible	Modéré	Fort	Extrêmement fort
Elancement						Epuisante					
Pénétrante						Angoissante					
Décharges électriques						Obsédante					
Coup de poignard						Insupportable					
En étau						Enervante					
Tiraillements						Exaspérante					
Brûlure						Déprimante					
Fourmillements						Autres qualificatifs					

QUESTIONNAIRE FIRST

 (Mettez un **X** dans la case correspondant à votre réponse)

ITEMS	OUI	NON
Mes douleurs sont localisées partout dans mon corps		
Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente		
Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements et des sensations d'engourdissement dans tout mon corps		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête ou des impatiences dans les jambes		
Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti		
SCORE		

QUELLE EST L'INTENSITE DE VOTRE DOULEUR ?

(Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment est votre douleur)

Douleur au moment présent

Pas de douleur = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Douleur maximale imaginable
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours

Pas de douleur = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Douleur maximale imaginable
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours

Pas de douleur = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Douleur maximale imaginable
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------

COMMENT CETTE DOULEUR RETENTIT SUR VOTRE QUOTIDIEN ?

(Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment la douleur influence votre quotidien :)

Humeur

Ne gêne pas = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Gêne complètement
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

Capacité à marcher

Ne gêne pas = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Gêne complètement
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Gêne complètement
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

Relations avec les autres

Ne gêne pas = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Gêne complètement
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

Sommeil

Ne gêne pas = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Gêne complètement
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

Goût de vivre

Ne gêne pas = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Gêne complètement
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

Date :/...../.....

Signature du patient :

--