



Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Consultations d'évaluation et de traitement de la Douleur Chronique de Midi Pyrénées

| | |
|-------------------------------|---|
| Adressé le : | |
| Retourné le : | |
| RDV le : | à |
| Médecin(s) : consultant(s) | |

A COMPLETER ET A RENVoyer

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez bénéficier d'une consultation d'évaluation et de traitement de vos douleurs. Afin de préparer votre venue veuillez remplir ce questionnaire. Une partie est à remplir par à votre médecin traitant ou le médecin spécialiste qui vous suit.

Afin de vous éviter des déplacements trop importants sachez qu'il existe des consultations dans chaque département.

Veuillez trouver ci-dessous la liste des consultations de Midi Pyrénées, ce questionnaire est valable pour l'ensemble des consultations.

| | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| ARIEGE 09 | CHAC | BP 111 09201 | SAINT GIRONS | 05-61-96-20-24 |
| | CHIVA | Chemin Barrau 09000 | SAINT-JEAN DE VERGES | 05-61-03-30-30 poste :4237 |
| AVEYRON 12 | CHIC du Sud Aveyron | 265, Bd d'Achille Souques | 12100 MILHAU | 05-65-59-31-41 |
| | CHIC Du Sud Aveyron | 88, Ave Lucien Galtier | 12400 ST AFFRIQUE RODEZ | 05 65 49 70 22 05 65 5524 80 |
| HAUTE-GARONNE 31 | CH Comminges- Pyrénées | Ave St Plancard | 31800 ST GAUDENS | 05-62-00-43-20 |
| | Nouvelle clinique de l'Union | Bd de Ratalens | 31240 SAINT-JEAN | 05-61-37-87-70 |
| | CHR Toulouse Hôpital des Enfants | 330 av de Grande Bretagne TSA 70034 | 31059 TOULOUSE | 05-34-55-86-61 |
| | CHR Toulouse Hôpital Purpan | Place du Dr Baylac TSA 40031 | 31059 TOULOUSE | 05-61-77-95-80 |
| | CHR Toulouse Hôpital Rangueil | 1, avenue Poulhes TSA 50032 | 31059 TOULOUSE | 05-61-32-26-35 |
| | Clinique du Parc | 93 rue Achille Viadieu | 31400 TOULOUSE | 05-61-14-09-91 |
| | Hôpital J Ducuing | 15, Rue de Varsovie | 31076 TOULOUSE | 05-61-77-49-54 05-61-77-34-66 |
| Institut Claudius Regaud | 20-24 Rue du Pont St Pierre | 31052 TOULOUSE | 05-61-42-41-83 | |
| LOT 46 | CH | 335, Rue du Pdt Wilson | 46000 CAHORS | 05-65-20-50-64 |
| HAUTES-PYRENEES 65 | CH de Bigorre | 2, rue de l'Ayguerote, | 65013 TARBES CEDEX 9 | 05-62-54-65-91 |
| TARN 81 | CH | 22, Boulevard Sibille | 81000 ALBI | 05-63-47-43-27 |
| | Clinique Claude Bernard | 1, rue Père Colombier | 81000 ALBI | 05-63-77-78-00 |
| TARN ET GARONNE 82 | CH | 100 Rue Léon Cladel BP 765 | 82000 MONTAUBAN | 05-63-92-81-65 |

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

1ère partie

A remplir par le patient

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom Marital :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone(s) :

Médecin traitant déclaré à la caisse primaire d'assurance maladie (*nom et adresse*)

.....

.....

Vous consultez sur les conseils de :

Votre médecin généraliste Un spécialiste Lequel ?

Une autre consultation douleur Laquelle ?

A votre initiative Autre Précisez :

STATUT SOCIO- PROFESSIONNEL

Etes-vous : célibataire en concubinage marié(e) ou PACSé
séparé divorcé veuf(ve)

Profession :

Nombre d'enfants (années de naissance):

Nombre d'enfant à charge :

Avez-vous eu un ou plusieurs enfants décédés ? oui non

Situation professionnelle actuelle :

| | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Agriculteur exploitant | <input type="checkbox"/> | Femme ou homme au foyer | <input type="checkbox"/> |
| Artisan, commerçant, chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> | étudiant | <input type="checkbox"/> |
| Cadre et profession intellectuelle supérieure | <input type="checkbox"/> | retraité | <input type="checkbox"/> |
| Employé | <input type="checkbox"/> | Profession intermédiaire | <input type="checkbox"/> |
| Ouvrier | <input type="checkbox"/> | (<i>instituteur, fonctionnaire, employé</i> | |
| Recherche emploi | <input type="checkbox"/> | <i>administratif, personnel de service,</i> | |
| | | <i>clergé)</i> | |

Vous travaillez : à temps plein temps partiel à mi temps thérapeutique

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Etes-vous en arrêt de travail ? non oui

- Depuis (date) :

- Suite à un accident de travail ? oui non

Etes-vous en longue maladie ? oui non depuis le

Etes-vous en invalidité ? oui non depuis le

Etes-vous en litige

avec la CPAM avec un autre organisme de santé avec un tiers ?

Etes-vous en procédure d'expertise ? oui non

VOTRE DOULEUR

Depuis quand ressentez-vous cette douleur comme aujourd'hui (en mois) :

Connaissez-vous la cause de votre douleur ? oui non

Si oui quelle est elle ?

Avez-vous mal tous les jours ? OUI NON

La douleur est-elle : Permanente Intermittente

Qu'est ce qui intensifie votre douleur ?

Parmi les techniques suivantes pour soulager la douleur, cochez celles que vous avez essayées et leur efficacité :

| | Efficacité | | Efficacité |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Application de pommade | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Psychothérapie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Infiltration | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Hypnose | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Acupuncture | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Repos | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Mésothérapie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Divertissements détente | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Relaxation | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> neurostimulation externe | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Cure thermale | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Autres traitements **essayés efficaces**

◆

◆

Autres traitements **essayés inefficaces**

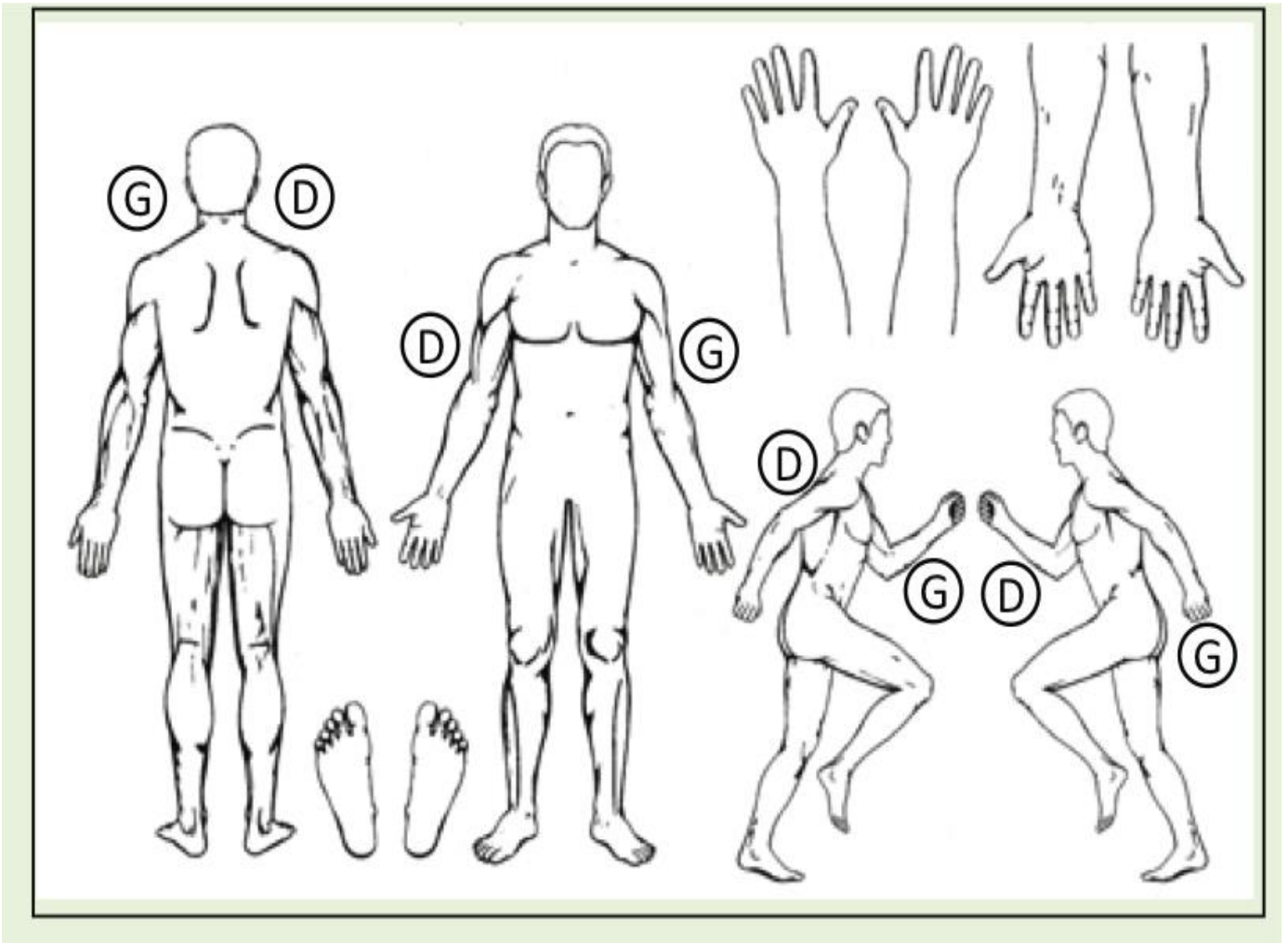
◆

◆

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Indiquez sur le schéma où se trouve votre douleur :

NE PAS ECRIRE EN NOIR SVP



Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

1. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus intense que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures :

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Pas de douleur | | | | | | | | | | Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer |

2. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures :

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Pas de douleur | | | | | | | | | | Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer |

3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur en général :

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Pas de douleur | | | | | | | | | | Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer |

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur en ce moment :

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Pas de douleur | | | | | | | | | | Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer |

5. La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

| | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| Aucune amélioration | | | | | | | | | | Amélioration complète |

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

6. Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, pendant les dernières 24 heures, la douleur a gêné votre :

a) Activité Générale

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

b) Humeur

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

c) Capacité à marcher

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

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

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

e) Relations avec les autres

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

f) Sommeil

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

g) Goût de vivre

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

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Connaître les émotions que vous éprouvez, permettra de mieux vous aider.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à droite du questionnaire. Lisez chaque série de questions et cochez la case qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Je me sens tendu (e):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> la plupart du temps | 3 |
| <input type="checkbox"/> une bonne partie du temps | 2 |
| <input type="checkbox"/> de temps en temps, occasionnellement | 1 |
| <input type="checkbox"/> pas du tout | 0 |

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'avant :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> tout autant, sans aucun doute | 0 |
| <input type="checkbox"/> pas vraiment autant | 1 |
| <input type="checkbox"/> un peu seulement | 2 |
| <input type="checkbox"/> presque plus du tout | 3 |

J'éprouve une certaine appréhension comme si quelque chose de terrible allait arriver :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> très nettement et assez intensément | 3 |
| <input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas trop intense | 2 |
| <input type="checkbox"/> un peu, mais ça ne m'inquiète pas | 1 |
| <input type="checkbox"/> pas du tout | 0 |

Je ris et vois le bon côté des choses :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> autant que par le passé | 0 |
| <input type="checkbox"/> plus autant maintenant | 1 |
| <input type="checkbox"/> vraiment moins qu'avant | 2 |
| <input type="checkbox"/> plus du tout | 3 |

Des idées inquiétantes me passent par la tête :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> la majeure partie du temps | 3 |
| <input type="checkbox"/> une bonne partie du temps | 2 |
| <input type="checkbox"/> pas très souvent | 1 |
| <input type="checkbox"/> un peu | 0 |

Je me sens gai (e):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> jamais | 3 |
| <input type="checkbox"/> rarement | 2 |
| <input type="checkbox"/> parfois | 1 |
| <input type="checkbox"/> la plupart du temps | 0 |

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Je peux rester tranquille et me détendre :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sans aucun mal | 0 |
| <input type="checkbox"/> en général | 1 |
| <input type="checkbox"/> rarement | 2 |
| <input type="checkbox"/> jamais | 3 |

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> pratiquement tout le temps | 3 |
| <input type="checkbox"/> très souvent | 2 |
| <input type="checkbox"/> parfois | 1 |
| <input type="checkbox"/> pas du tout | 0 |

J'éprouve une certaine appréhension comme si j'avais l'estomac noué :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> pas du tout | 0 |
| <input type="checkbox"/> parfois | 1 |
| <input type="checkbox"/> assez souvent | 2 |
| <input type="checkbox"/> très souvent | 3 |

Je ne m'intéresse plus à mon apparence physique:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> plus du tout | 3 |
| <input type="checkbox"/> je ne m'y intéresse pas autant que je le devrais | 2 |
| <input type="checkbox"/> il est possible que je ne m'y intéresse plus autant qu'avant | 1 |
| <input type="checkbox"/> je m'y intéresse autant qu'avant | 0 |

Je suis agité (e) comme si je n'arrivais pas à tenir en place :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vraiment beaucoup | 3 |
| <input type="checkbox"/> beaucoup | 2 |
| <input type="checkbox"/> pas beaucoup | 1 |
| <input type="checkbox"/> pas du tout | 0 |

Je me réjouis à l'idée des choses à venir:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> autant qu'avant | 0 |
| <input type="checkbox"/> un peu moins qu'avant | 1 |
| <input type="checkbox"/> bien moins qu'avant | 2 |
| <input type="checkbox"/> presque pas du tout | 3 |

J'ai des accès de panique :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vraiment très souvent | 3 |
| <input type="checkbox"/> assez souvent | 2 |
| <input type="checkbox"/> pas très souvent | 1 |
| <input type="checkbox"/> jamais | 0 |

J'ai plaisir à lire un bon livre, écouter la radio ou regarder la télévision :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> souvent | 0 |
| <input type="checkbox"/> parfois | 1 |
| <input type="checkbox"/> rarement | 2 |
| <input type="checkbox"/> très rarement | 3 |

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Description de la douleur

La douleur présente t elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

| | oui | non |
|-------------------------------|-----|-----|
| Brulure | | |
| Sensation de froid douloureux | | |
| Décharges électriques | | |

La douleur est elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

| | | |
|------------------|--|--|
| Fourmillements | | |
| Picotements | | |
| Engourdissements | | |
| Démangeaisons | | |

La douleur est elle augmentée ou provoquée par :

| | | |
|---------------|--|--|
| Le frottement | | |
|---------------|--|--|

VOS ACTIVITES DE LOISIRS : (distraction, activité physique, hobbies)

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

AVEZ-VOUS DES ATTENTES PRECISES EN VENANT ICI ? Si oui lesquelles ?

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

QUEL EST VOTRE OBJECTIF PRINCIPAL ?

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

Merci d'apporter :

- votre dernière ordonnance
- ainsi que l'ensemble des examens complémentaires déjà réalisés lors de la consultation

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

2^{ème} partie

A remplir par le médecin traitant ou médecin adresseur

Motif de consultation

- Avis diagnostique
- Une prise en charge thérapeutique
- Un essai de technique particulier
(précisez)
- Une prise en charge non médicamenteuse
(précisez)

Antécédents du patients : médicaux, chirurgicaux, traumatiques et psychiatriques

Examens médicaux concernant cette douleur

| nature | date | résultats |
|--------|------|-----------|
| | | |

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Spécialistes consultés pour cette douleur

| | |
|---------------------|--------------------------|
| neurologue | <input type="checkbox"/> |
| Rhumatologue | <input type="checkbox"/> |
| Medecin rééducateur | <input type="checkbox"/> |
| Gastro enterologue | <input type="checkbox"/> |
| orthopédiste | <input type="checkbox"/> |

| | |
|------------------|--------------------------|
| Interniste | <input type="checkbox"/> |
| Gynecologue | <input type="checkbox"/> |
| Urologue | <input type="checkbox"/> |
| Autre (précisez) | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |

Hospitalisation(s) pour cette douleur

TRAITEMENT ACTUEL

THERAPEUTIQUES antalgiques ESSAYEES

- Médicamenteuse

- Chirurgicale

- AUTRES