

**CONSULTATION D'ÉVALUATION
ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR**

AUTO-QUESTIONNAIRE
(vaut courrier du médecin traitant)

**(Le questionnaire est à remplir OBLIGATOIREMENT et
COMPLETEMENT avec votre médecin traitant)**

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Sexe : F M

Désignation d'une personne de confiance (nom, prénom, n° de téléphone, lien de parenté ou non) :

1. MOTIF DU RECOURS A LA CONSULTATION DE LA DOULEUR

(avis diagnostique, thérapeutique, demande de suivi,...)

2. CONTEXTE FAMILIAL, PSYCHOSOCIAL, MEDICO-LEGAL ET INCIDENCES

➤ Situation familiale :

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Concubinage

PACS

Autres : _____

Quelles personnes de votre entourage sont les plus proches de vous ?

Comprennent-elles votre maladie ? Oui Non

Si oui, comment vous soutiennent-elles dans votre maladie ? _____

➤ Situation sociale :

Êtes-vous en A.L.D. ? Oui Non

Si oui, motif :

Loisirs : _____

Diminution des loisirs, pourquoi ? : _____

➤ Statut professionnel :

Profession exercée : _____

Salarié(e)

Chômage

Retraite

Accident du travail

Maladie professionnelle

Maladie

Poste de travail aménagé

En cours de formation, laquelle ? _____

Autres : _____

➤ **Satisfaction au travail :**

➤ **Indemnisations perçues, attendues, implications financières :**

➤ **Procédures :**

Litiges en cours : Oui Non

Si oui, avec qui ? _____

Qu'est-ce que ces douleurs ont changé dans votre vie ? _____

3. ANTECEDENTS ET MALADIES ASSOCIEES

➤ **Chirurgicaux :**

➤ **Obstétricaux :**

➤ **Médicaux :**

➤ **Familiaux :**

➤ **Existe-t-il dans votre famille ou entourage des personnes atteintes de douleur chronique ?**

➤ **Expériences douloureuses antérieures personnelles :**

4. TRAITEMENTS ACTUELS ET ANTERIEURS

➤ **Traitement médicamenteux actuel** (autre que antalgique (contre la douleur)) :

Nom du médicament	Forme	Dosage / Horaire	Date de début du traitement

➤ **Traitement médicamenteux antalgique (contre la douleur) actuel** :

Nom du médicament	Forme	Dosage / Horaire	Délai d'action	Durée d'action	Efficacité en %

➤ **Effets indésirables des médicaments antalgiques (contre la douleur) :**

Nom du médicament	Effets indésirables	Traitement des effets indésirables

➤ **Traitement médicamenteux antalgique (contre la douleur) antérieur :**

Nom du médicament	Dosage quotidien	Durée du traitement	Raisons de l'abandon

➤ **Traitement non médicamenteux (TENS, relaxation, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture,...) :**

Si oui, lesquels ? _____

➤ **Observance des prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses :**

➤ **Attitude vis-à-vis des médicaments :**

5. ANCIENNETE DE LA DOULEUR

Depuis quand ? _____

Comment ? (brutale, progressive,...)

6. MODE DE DEBUT

➤ **Circonstances exactes :**

- Maladie Traumatisme Accident du travail
 Maladie professionnelle Douleurs postopératoires
 Autres : _____

➤ **Description de la douleur initiale :**

- Elancements Pénétrante Décharges électriques
 Coups de poignards En étai Tiraillement
 Brûlure Fourmillements Lourdeur

 Epuisante Angoissante Obsédante
 Insupportable Enervante Exaspérante
 Déprimante

Autres: _____

➤ **Modalités de prise en charge du début des douleurs :**

➤ **Événements de vie concomitants au début des douleurs :**

➤ **Diagnostic initial, explications données :**

7. PROFIL EVOLUTIF DU SYNDROME DOULOUREUX

➤ **Comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale ?**

➤ **Profil évolutif :**

Douleur permanente Douleur intermittente Par crise

Autres : _____

➤ **Degré du retentissement :**

- Anxiété Dépression Troubles du sommeil
 Incapacité fonctionnelle Incapacité professionnelle
 Autres : _____

8. DESCRIPTION DE LA DOULEUR ACTUELLE

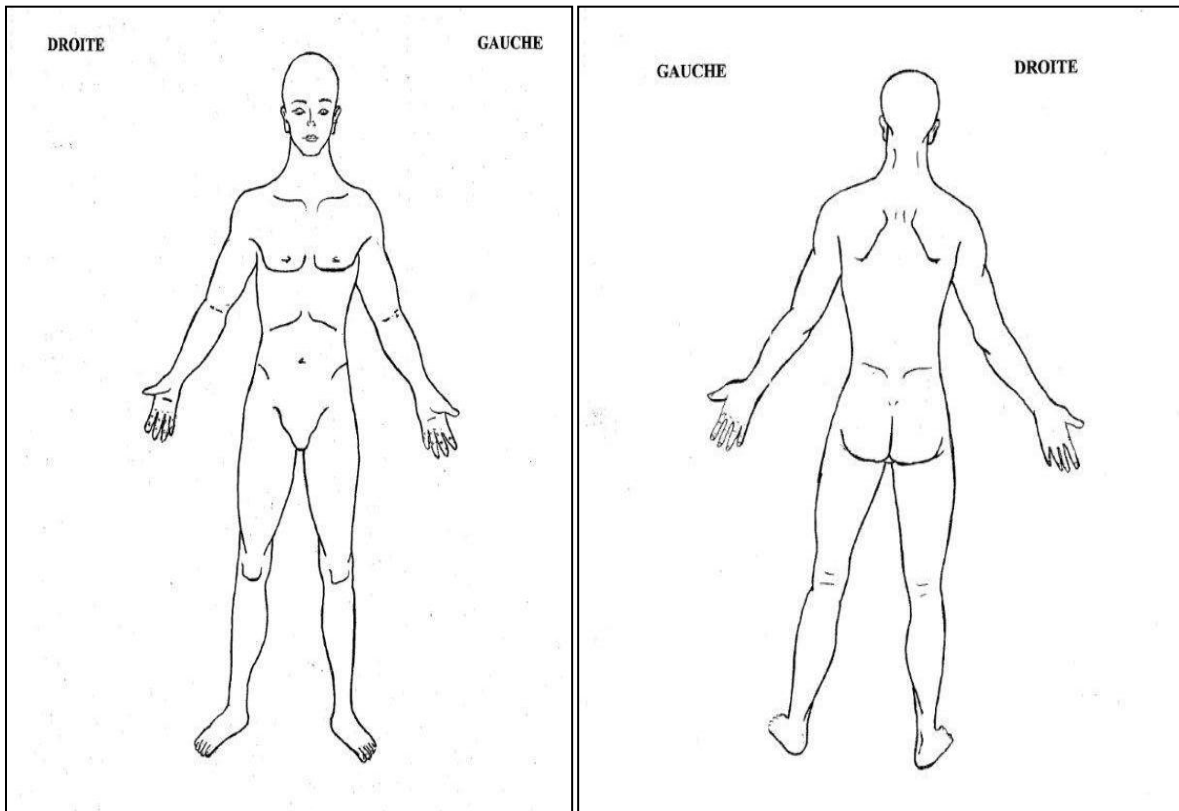
➤ **Topographie : (dans quelle partie du corps avez-vous mal ?)**

Dessinez sur le schéma l'emplacement de toutes vos douleurs

Rouge = douleur intense

Orange = douleur modérée

Jaune = douleur faible



➤ **Quelle est la douleur qui vous handicape le plus ?**

➤ **Intensité de la douleur qui vous handicape le plus :**

(Noter de 0 à 10, 0 étant l'absence de douleur, 10 étant la douleur maximale imaginable)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

➤ **Type de sensation :**

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Elancements | <input type="checkbox"/> Pénétrante | <input type="checkbox"/> Décharges électriques |
| <input type="checkbox"/> Coups de poignards | <input type="checkbox"/> En étai | <input type="checkbox"/> Tiraillement |
| <input type="checkbox"/> Brûlure | <input type="checkbox"/> Fourmillements | <input type="checkbox"/> Lourdeur |
| <input type="checkbox"/> Epuisante | <input type="checkbox"/> Angoissante | <input type="checkbox"/> Obsédante |
| <input type="checkbox"/> Insupportable | <input type="checkbox"/> Enervante | <input type="checkbox"/> Exaspérante |
| <input type="checkbox"/> Déprimante | | |

Autres : _____

➤ **Retentissement :**

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Incapacité fonctionnelle | <input type="checkbox"/> Incapacité professionnelle | |

Autres : _____

➤ **Facteurs d'aggravation de la douleur :**

➤ **Facteurs de soulagement de la douleur :**

9. FACTEURS COGNITIFS

➤ **Représentation de la douleur (peur d'une maladie évolutive, d'un handicap évolutif,...) :**

10. FACTEURS COMPORTEMENTAUX

- Quelles sont vos initiatives personnelles pour « gérer » vos douleurs ?

- A l'avenir que comptez-vous faire pour mieux vivre avec la douleur ?

11. ANALYSE DE LA DEMANDE

- Attente vis-à-vis de la structure de la douleur :

- La prise en charge de la douleur au sein de la Consultation de la Douleur ne permet pas forcément une guérison.
Quelle serait alors, pour vous, le niveau de douleur résiduelle acceptable ?

(Noter de 0 à 10, 0 étant l'absence de douleur, 10 étant la douleur maximale imaginable)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

➤ Parmi les besoins pour votre qualité de vie, quels sont les principaux besoins d'amélioration :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sommeil | <input type="checkbox"/> Relations avec les autres |
| <input type="checkbox"/> Activité quotidienne | <input type="checkbox"/> Humeur |
| <input type="checkbox"/> Capacité à travailler | <input type="checkbox"/> Effets indésirables dus aux traitements |

Autres : _____

➤ Commentaires :

Auto-questionnaire OBLIGATOIREMENT rempli et à renvoyer à la Consultation de la Douleur, AU PLUS TARD, 15 jours avant la date de la première Consultation infirmière

Date

Nom du médecin traitant
et tampon

Signature

Date

Nom du patient

Signature :