

**QUESTIONNAIRE PREPARATOIRE
AUX CONSULTATIONS MEDICALES DANS LE CADRE
DES DOULEURS PELVI-PERINEALES CHRONIQUES**

L'histoire de votre syndrome douloureux est complexe et éventuellement ancienne. Ce questionnaire vise à évaluer votre demande de consultation afin de vous orienter au mieux. Vous pourrez ainsi synthétiser votre parcours, communiquer des informations précises aux praticiens, favoriser des échanges constructifs, faciliter le diagnostic et la mise en place d'une stratégie thérapeutique adaptée à votre situation.

Merci de nous transmettre également les documents suivants :

- **Courrier d'adressage de votre médecin référent**
- **Comptes rendus des consultations médicales en lien avec vos douleurs**
- **Comptes rendus des examens complémentaires (laboratoire/imagerie...) en lien avec vos douleurs**

Dans le cadre d'une téléconsultation, merci de nous réadresser le questionnaire complété par mail à l'adresse suivante : secretariat-douleur@chu-nantes.fr

Date de remplissage du questionnaire :

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Adresse postale :

Situation professionnelle :

En activité En arrêt de travail En invalidité Au chômage

Nom du médecin adresseur :

Professionnels participant à la prise en charge de votre douleur (ou consultés pour avis) :

<u>Médecin traitant</u>	<u>Algologue (douleur)</u>	<u>Kinésithérapeute</u>
<u>Urologue</u>	<u>Gynécologue</u>	<u>Proctologue</u>
<u>Psychiatre</u>	<u>Psychologue</u>	<u>Autre</u>

Autres, non professionnels de santé (ostéopathe, naturopathe, réflexologue, ...) :

ANTECEDENTS :

ANTECEDENTS MEDICAUX :

Listez les maladies que vous avez eues, ou que vous avez actuellement (en dehors de la douleur pelvi-périnéale)

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

Avez-vous eu des interventions au niveau urologique, gynécologique, digestif ou proctologique ?

Si oui, quelle(s) intervention(s) et à quelle(s) date(s) :

MATERNITE :

Avez-vous accouché ?

Si oui, combien de fois ? Et à quelle(s) date(s)

PARCOURS DE SOINS :

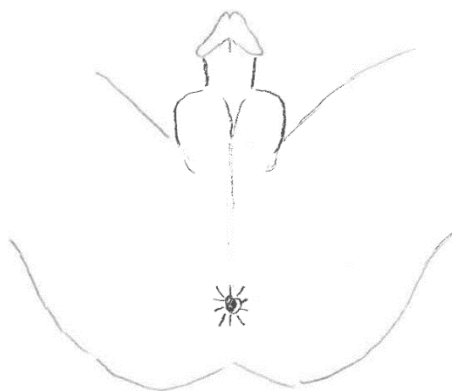
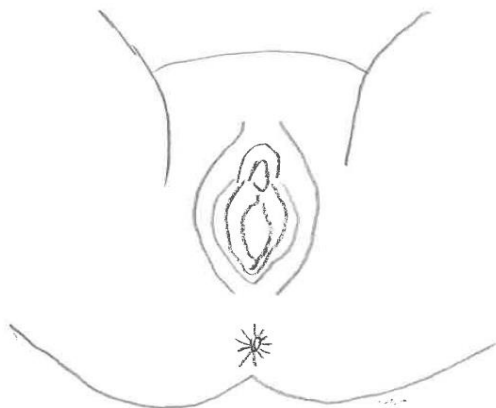
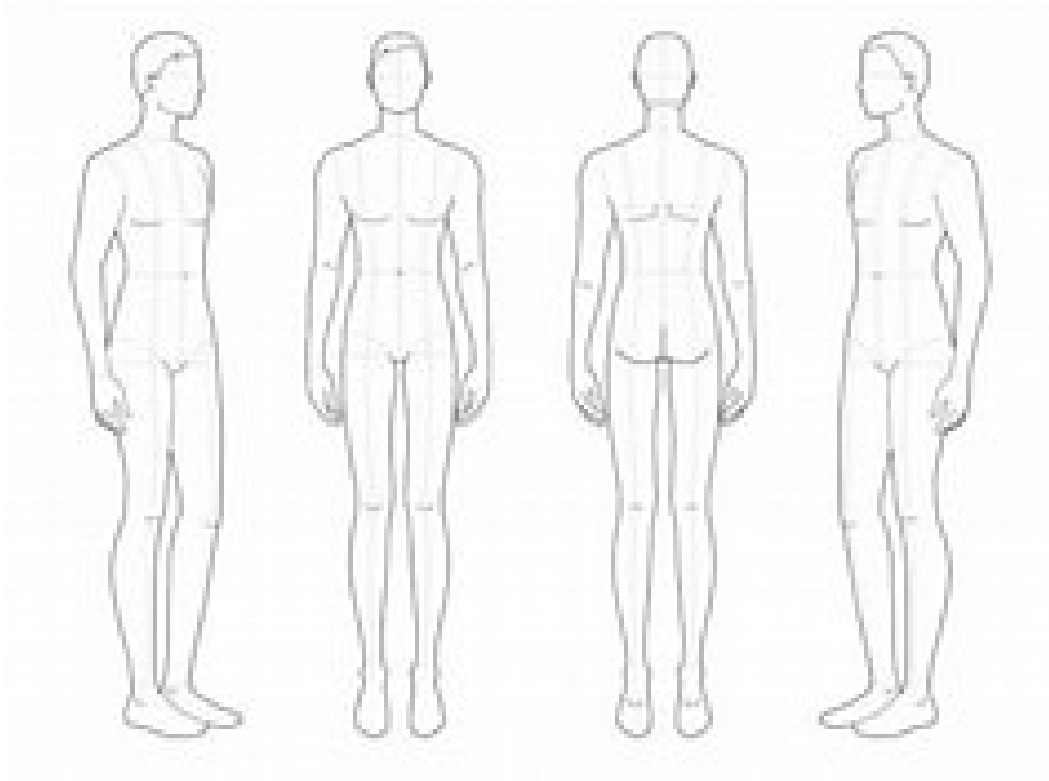
- Examens complémentaires

Quels examens complémentaires avez-vous effectués (IRM, scanner, coloscopie...) ?

- Infiltrations ?

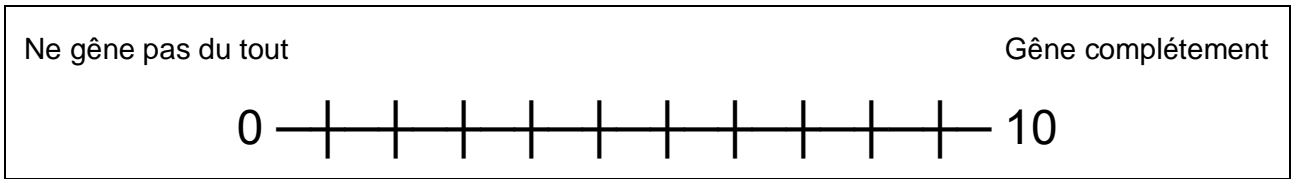
LOCALISATIONS DES DOULEURS :

Où avez-vous mal ? Merci de signaler la localisation de TOUTES vos douleurs y compris celles qui ne sont pas pelvi-périnéales

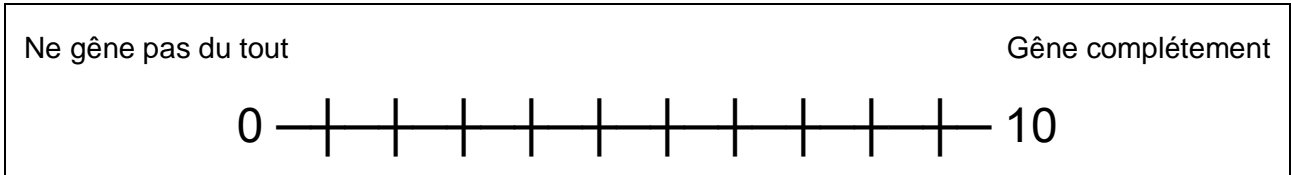


RETENTISSEMENT :

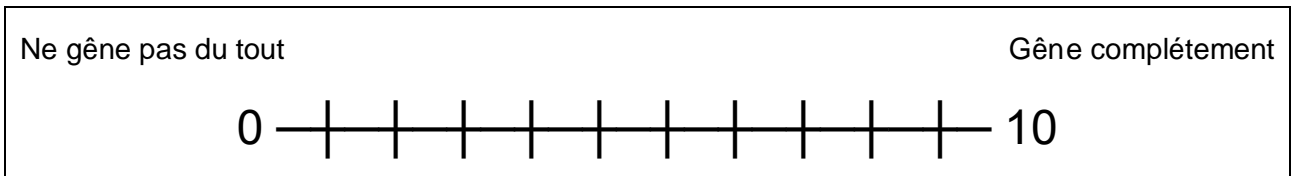
ACTIVITE GENERALE



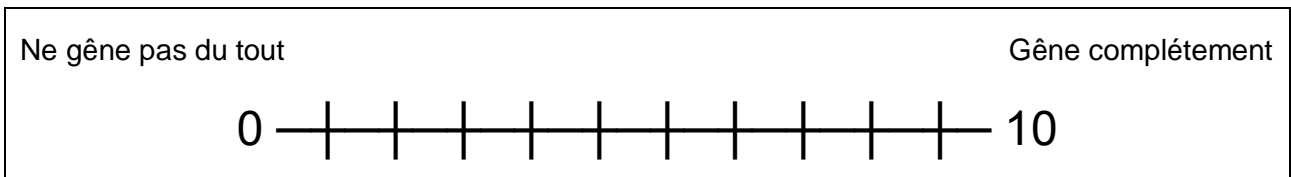
SOMMEIL



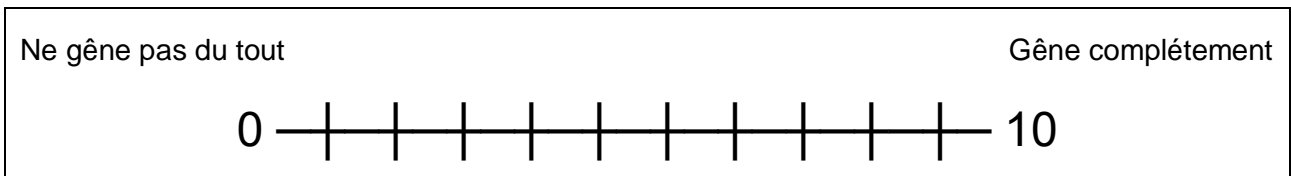
HUMEUR



CAPACITE A MARCHER

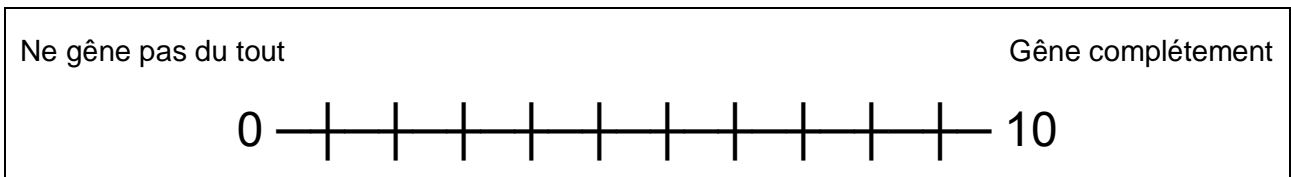


CAPACITE A RESTER ASSIS



Temps maximal en position assise après 18 heures :

QUALITE DE VIE SEXUELLE



TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX :

NOM	Dates et durée	Soulagement de la douleur		
		OUI	NON	Partielle
TENS				
Rééducation pelvi-périnéale (kinésithérapeute, sage-femme)				
Activité physique adaptée (APA)				
Ostéopathie				
Bilan postural				
Psychothérapie <input type="checkbox"/> TCC <input type="checkbox"/> EMDR <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Psychiatre				
Relaxation, Sophrologie, Hypnose, Méditation				
Autres interventions non Médicamenteuses				

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

- Avez-vous des difficultés sociales, familiales, professionnelles (ou scolaires) dont vous souhaiteriez nous faire part ? Si oui, lesquelles ?

- Quelle est, à votre avis, l'origine (la cause) de votre douleur ?

- Quelle est selon votre (ou vos) médecin(s) ou vos soignants, l'origine (la cause) de votre (ou vos) douleur(s) actuellement ?

- Qu'attendez-vous de la prise en charge de votre (ou de vos) douleur(s) actuellement ? (Avis diagnostique ?, avis thérapeutique ?...)

- Envisagez-vous un changement dans votre vie personnelle ou professionnelle ?

« Vous êtes reçu(e)s dans le cadre de vos douleurs chroniques. Au préalable, nous vous remercions de bien vouloir remplir l'ensemble des questionnaires. Merci de lire attentivement chaque énoncé et de répondre le plus spontanément possible, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. »

A la fin de chaque questionnaire, vous pourrez y inscrire votre score qui correspond à la somme de vos réponses. »

INVENTAIRE DE DEPRESSION BECK

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis entourez le chiffre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des 7 derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également, bien encerclez chacun d'eux. Veuillez vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.

Je ne me sens pas triste	0
Je me sens triste	1
Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir	2
Je suis si triste que je ne peux le supporter	3
Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir	0
Je me sens décourager par l'avenir	1
J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie	2
J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer	3
Je ne me considère pas comme un(e) raté(e)	0
J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels	1
Quand je pense à mon passé, je ne peux voir que des échecs	2
J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie	3
Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant	0
Je ne retire pas autant de satisfaction de la vie qu'auparavant	1
Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit	2
Tout me rend insatisfait(e) ou m'ennuie	3
Je ne me sens pas particulièrement coupable	0
Je me sens coupable une bonne partie du temps	1
Je me sens coupable la plupart du temps	2
Je me sens continuellement coupable	3
Je n'ai pas l'impression d'être puni(e)	0
J'ai l'impression que je pourrais être puni(e)	1
Je m'attends à être puni(e)	2
J'ai l'impression d'être puni(e)	3
Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) par moi-même	0
Je suis déçu(e) par moi-même	1
Je suis dégoûté(e) de moi	2
Je me hais	3
Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque	0
Je suis critique vis-à-vis de mes faiblesses ou de mes erreurs	1
Je me blâme tout le temps pour mes erreurs	2
Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent	3
Je ne pense aucunement à me suicider	0
J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes	1
J'aimerais me suicider	3
J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion	2
Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire	0
Je pleure plus qu'avant	1

Je pleure continuellement maintenant	2
Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable	3
Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant qu'auparavant	0
Je suis agacé(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'auparavant	1
Je suis continuellement irrité(e)	2
Je ne suis plus du tout irrité(e) par les choses qui m'irritaient auparavant	3
Je n'ai pas perdu mon appétit pour les autres	0
Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois	1
J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens	2
J'ai perdu tout intérêt pour les gens	3
Je prends des décisions aussi facilement qu'avant	0
Je remets des décisions beaucoup plus qu'avant	1
J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant	2
Je ne peux plus prendre de décisions	3
Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant	0
J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant(e)	1
J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents de mon apparence qui me rendent peu attrayant(e)	2
J'ai l'impression d'être laid(e)	3
Je travaille aussi facilement qu'avant	0
Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose	1
Je dois faire un très grand effort pour faire quoi que ce soit	2
Je ne peux faire aucun travail	3
Je dors aussi bien que d'habitude	0
Je ne dors pas aussi bien qu'avant	1
Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir	2
Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir	3
Je ne suis pas plus fatigué(e) qu'à l'accoutumé	0
Je me fatigue plus facilement qu'auparavant	1
Je me fatigue pour un rien	2
Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit	3
Mon appétit est aussi bon que d'habitude	0
Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était	1
Mon appétit a beaucoup diminué	2
Je n'ai plus d'appétit du tout	3
Je n'ai pas perdu beaucoup de poids dernièrement	0
J'ai perdu plus de 2 kilos	1
J'ai perdu plus de 4 kilos	2
J'ai perdu plus de 7 kilos	3
Je suis présentement un régime : oui non	
Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude	0
Je suis préoccupé(e) par des problèmes de santé comme les douleurs, les maux d'estomac ou la constipation	1
Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose	2
Je suis totalement préoccupé(e) par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose	3
Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe	0
J'ai moins de désir sexuel qu'auparavant	1
J'ai maintenant beaucoup moins de désir sexuel	2
J'ai perdu tout désir sexuel	3
SCORE	

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIETE

Voici la liste de symptômes courants dus à l'anxiété.

Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes au cours de la semaine dernière, aujourd'hui inclus.

Au cours des derniers jours, j'ai été affecté(e) par :	Pas du tout	Un peu Ça ne m'a pas beaucoup dérangé	Modérément C'est très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1. Sensation d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3. « Jambes molles », tremblement dans les jambes	0	1	2	3
4. Incapacité à se détendre	0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6. Étourdissements ou vertiges, désorientation	0	1	2	3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9. Je suis terrifié(e)	0	1	2	3
10. Nervosité	0	1	2	3
11. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12. Tremblements des mains	0	1	2	3
13. Tremblements, je suis chancelant(e)	0	1	2	3
14. Crainte de perte le contrôle de soi	0	1	2	3
15. Respiration difficile	0	1	2	3
16. Peur de mourir	0	1	2	3
17. Sensation de peur, j'ai la frousse	0	1	2	3
18. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20. Rougissement du visage	0	1	2	3
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3
<u>SCORE</u>				

PCL-S

Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante.

Veuillez lire chaque problème avec soin et veuillez entourer le chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le mois précédent

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant	1	2	3	4	5
Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement	1	2	3	4	5
Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre)	1	2	3	4	5
Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant	1	2	3	4	5
Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant	1	2	3	4	5
Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui	1	2	3	4	5
Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant	1	2	3	4	5
Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante	1	2	3	4	5
Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir	1	2	3	4	5
Se sentir distant ou coupé des autres personnes	1	2	3	4	5
Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous	1	2	3	4	5
Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci	1	2	3	4	5
Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e)	1	2	3	4	5
Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère	1	2	3	4	5
Avoir des difficultés à vous concentrer	1	2	3	4	5
Être en état de super-alarme, sur la défensive ou sur vos gardes	1	2	3	4	5
Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement	1	2	3	4	5
<u>SCORE</u>					

PCS-CF

Chacun d'entre nous aura à subir des expériences douloureuses telles qu'une maladie, une blessure, un geste dentaire ou une intervention chirurgicale.. Cela peut être la douleur associée aux maux de tête, à un mal de dents ou encore des douleurs musculaires ou aux articulations. Dans le présent questionnaire, nous vous demandons de décrire le genre de pensées et d'émotions que vous avez quand vous avez une douleur.

Vous trouverez ci-dessous 13 énoncés décrivant différentes pensées et émotions qui peuvent être associées à la douleur. Veuillez indiquer à quel point vous avez ces pensées et émotions, selon l'échelle ci-dessous, quand vous avez mal, de 0 à 4.

Quand j'ai mal :	Pas du tout 0	Un peu 1	Modérément 2	Beaucoup 3	En Permanence 4
Je me préoccupe constamment de savoir si la douleur s'arrêtera					
J'ai l'impression que je ne pourrai pas continuer ainsi					
C'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais					
C'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi					
J'ai l'impression de ne plus pouvoir supporter la douleur					
J'ai peur que la douleur s'aggrave					
Je ne cesse de penser à d'autres expériences douloureuses					
Je souhaite avec angoisse que la douleur disparaisse					
Je ne peux pas m'empêcher d'y penser					
Je ne cesse de penser à quel point ça fait mal					
Je ne cesse de penser à quel point je veux que la douleur disparaisse					
Il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur					
Je me demande s'il va arriver quelque chose de grave					
<u>SCORE</u>					

INVENTAIRE DE SENSIBILISATION CENTRALE

Inventaire de sensibilisation centrale : PARTIE A

Veillez indiquer pour chaque situation la proposition la plus adaptée.

	Jamais 0	Rarement 1	Parfois 2	Souvent 3	Toujours 4
1. J'ai la sensation d'un sommeil non récupérateur quand je me réveille le matin					
2. Je ressens des raideurs et des douleurs musculaires					
3. Je fais des crises d'angoisse					
4. Je grince ou serre les dents					
5. J'ai des problèmes de diarrhées et/ou constipation					
6. J'ai besoin d'aide pour effectuer mes activités quotidiennes					
7. Je suis sensible aux fortes lumières					
8. Je me fatigue très facilement lorsque je suis actif physiquement					
9. Je ressens des douleurs partout dans le corps					
10. J'ai des maux de tête					
11. Je ressens une gêne à la vessie et/ou des brûlures lorsque j'urine					
12. Je ne dors pas bien					
13. J'ai des difficultés de concentration					
14. J'ai des problèmes de peau tels que sécheresse, démangeaisons ou éruptions cutanées					
15. Le stress aggrave mes symptômes physiques					
16. Je me sens triste ou déprimé					
17. J'ai peu d'énergie					
18. Je ressens des tensions musculaires dans la nuque et dans les épaules					
19. J'ai mal à la mâchoire					
20. Certaines odeurs, comme des parfums, me donnent des nausées et des étourdissements					
21. Je dois uriner fréquemment					
22. J'ai la sensation désagréable des jambes sans repos lorsque j'essaie de dormir le soir					
23. J'ai des difficultés à me souvenir de certaines choses					
24. J'ai eu des traumatismes au cours de mon enfance					
25. Je ressens des douleurs dans la région du bassin					
SCORE					

Inventaire des symptômes associés à la sensibilisation centrale : PARTIE B

Un médecin vous a-t-il diagnostiqué l'un des troubles suivants ?			
<i>Pour chaque diagnostic, veuillez cocher OUI ou NON dans la colonne de droite et indiquer l'année du diagnostic</i>	OUI	NON	Année du diagnostic
1. Syndrome des jambes sans repos			
2. Syndrome de fatigue chronique			
3. Fibromyalgie			
4. Trouble de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)			
5. Migraines ou céphalées de tension			
6. Syndrome du côlon irritable			
7. Hypersensibilité chimique multiple			
8. Lésion de la nuque (y compris le syndrome du coup du lapin, ou « whiplash syndrom »)			
9. Troubles anxieux ou attaques de panique			
10. Dépression			

Questionnaire TAMPA

	Fortement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Fortement en accord
	1	2	3	4
1. J'ai peur de me blesser si je fais de l'activité physique				
2. Ma douleur ne ferait qu'intensifier si j'essayais de la vaincre				
3. Mon corps me dit que quelque chose ne va vraiment pas				
4. Si je faisais de l'activité physique, ma douleur serait probablement soulagée				
5. Les gens ne prennent pas mon état de santé assez au sérieux				
6. Mon accident a mis mon corps en danger pour le reste de mes jours				
7. La douleur signifie toujours que je me suis blessé(e)				
8. Même si quelque chose aggrave ma douleur, cela ne veut pas dire que c'est dangereux				
9. J'ai peur de me blesser accidentellement				
10. La meilleure façon d'empêcher que ma douleur s'aggrave est de m'assurer de ne pas faire des mouvements inutiles				
11. Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps				
12. Bien que ma condition soit pénible, je serais mieux si j'étais physiquement actif(ve)				
13. La douleur m'indique quand arrêter de faire des activités physiques pour que je ne me blesse pas				
14. Il n'est pas prudent qu'une personne avec un état de santé comme le mien soit physiquement active				
15. Je ne peux pas faire tout ce qu'une personne normale peut faire parce que j'ai plus de risques de me blesser				
16. Bien qu'il y ait quelque chose qui me cause beaucoup de douleurs, je ne pense pas que ce soit vraiment grave				
17. Personne ne devrait être obligé de faire des exercices lorsqu'il (elle) ressent de la douleur				
<u>SCORE</u>				

Questionnaire Sullivan

Lorsqu'une blessure survient notre vie peut être affectée de façon importante. Ce questionnaire a été construit pour évaluer à quel point votre vie a été affectée. Voici 12 affirmations décrivant des pensées et des sentiments que vous pouvez avoir lorsque vous pensez à votre blessure. Veuillez compléter le questionnaire suivant en indiquant à quel point ces énoncés vous représentent lorsque vous pensez à votre blessure.

	Pas du tout	Légèrement	Modérément	De façon importante	Extrêmement
	0	1	2	3	4
1. La plupart des gens ne comprennent pas à quel point mon état est grave					
2. Ma vie ne sera plus jamais la même					
3. Je souffre à cause de la négligence de quelqu'un d'autre					
4. Personne ne devrait avoir à vivre ce que je vis présentement					
5. Je veux simplement retrouver ma vie d'avant					
6. J'ai le sentiment que ceci va m'affecter de façon permanente					
7. Tout ça me semble si injuste					
8. Je crains que mon état ne soit pas assez pris au sérieux					
9. Rien ne pourra compenser tout ce que j'ai enduré					
10. C'est comme si on m'avait volé quelque chose de très précieux					
11. J'ai peur de ne jamais pouvoir réaliser mes rêves					
12. Je ne peux pas croire que ça m'arrive à moi					
<u>SCORE</u>					