

**Questionnaire d'Orientation à la Consultation  
d'Evaluation et Traitement de la Douleur**

**A remplir par le patient**

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Adresse Personnelle :

Téléphone Portable :

Adresse mail :

• **SITUATION DE FAMILLE :**

Marié(e) ( ) Célibataire ( ) Divorcé(e) ( ) Veuf(ve) ( ) Vie Maritale ( )

Nombre d'enfants et âge .....

Profession du conjoint : .....

• **SITUATION PROFESSIONNELLE**

Profession actuelle : .....

Lieu d'exercice : .....

Niveau d'études Primaire ( ) Secondaire ( ) Supérieur ( )

Retraité (e) Oui ( ) Non ( )

Etes-vous en arrêt de travail ? Oui ( ) Non ( )

Si oui, depuis quelle date ? .....

Pensez-vous reprendre votre travail au même poste ? Oui ( ) Non ( )

Avez-vous une satisfaction au travail ? Oui ( ) Non ( )

Envisagez-vous un reclassement professionnel ? Oui ( ) Non ( )

Etes-vous au chômage ? Oui ( ) Non ( )

• **POUR VOTRE PATHOLOGIE DOULOUREUSE:**

S'agit-il d'une maladie ? Oui ( ) Non ( ) /d'un accident ? .... Oui ( ) Non ( )

d'un accident du travail ? Oui ( ) Non ( ) si oui date : .....

Etes-vous en ALD ? Oui ( ) Non ( )

Si oui, pour quels motifs ? .....

Etes-vous en invalidité ? Oui ( ) Non ( ) 1<sup>ère</sup> catégorie ( ) 2<sup>ème</sup> catégorie ( )

Percevez-vous des indemnités journalières ? Oui ( ) Non ( )

Percevez-vous une pension du fait de cette douleur ? Oui ( ) Non ( )

Pensez-vous que cette pension doit être réévaluée ? Oui ( ) Non ( )

Percevez-vous une pension pour une autre raison ? Oui ( ) Non ( )

Etes-vous en litige avec la sécurité sociale ? Oui ( ) Non ( )

Attendez-vous une expertise ? Oui ( ) Non ( )

**Commentaires :**

# Centre d'évaluation et de traitement de la douleur

## • VOTRE SUIVI :

NOM, Adresse et du Médecin Traitant :

NOMS et ADRESSE des MEDECINS SPECIALISTES à qui nous pourrions adresser un courrier

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

POUR VOTRE DOULEUR, pouvez-vous préciser le nombre :

- de médecins consultés (**leurs noms et adresses**)
- .....
- .....
- nom de votre médecin du travail :
- nom de votre médecin conseil :
- kinésithérapeute (nom et nombre de séances effectuées)
- psychologue ou psychiatre :
- d'hospitalisations (**précisez**) .....
- d'interventions chirurgicales (**précisez**) .....

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

## • AUTRES MALADIES :

Avez-vous déjà été opéré : Oui (\_\_\_) Non (\_\_\_)

Si oui, motifs : .....

.....

Avez-vous été hospitalisé en dehors d'une intervention chirurgicale ? Oui (\_\_\_) Non (\_\_\_)

.....

.....

Traitement pour autres pathologies (Hypertension artérielle, diabète...), Noms et Doses des médicaments.....

.....

Etes-vous allergiques ? Oui (\_\_\_) Non (\_\_\_) A quoi ?.....

# Centre d'évaluation et de traitement de la douleur

## LA DOULEUR

Racontez les circonstances de survenue de cette douleur et les dates correspondantes.:(point important)

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

### TRAITEMENTS POUR LA DOULEUR

**(Précisez le nom et la dose des médicaments)**

#### Antérieurs

#### Actuels

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

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

#### Autres :

- Infiltrations : - A quel endroit ? ..... - Quand ?.....  
- Durée d'efficacité.....
- Kinésithérapie : .....
- Relaxation, hypnose, sophrologie : .....
- Psychothérapie : .....
- acupuncture,médecine manuelle-osteopathie : .....

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

Qu'est ce qui vous soulage ?

# Centre d'évaluation et de traitement de la douleur

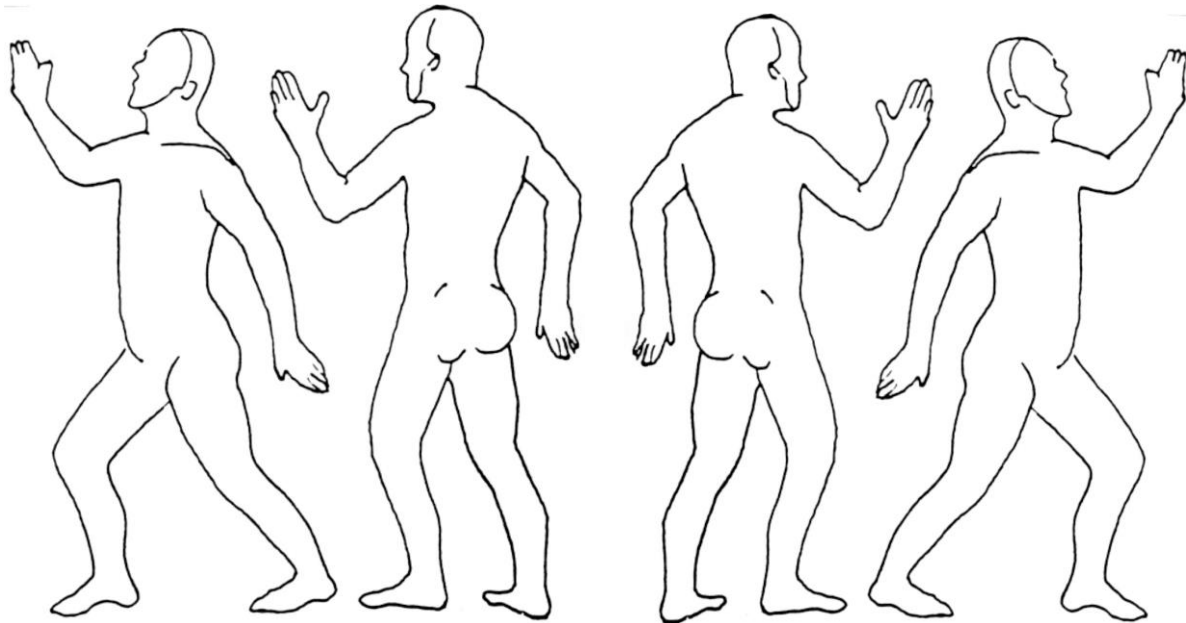
## SCHEMA DES ZONES DOULOUREUSES :

Indiquez sur le schéma ci-dessous où se trouve votre douleur habituelle depuis les 8 derniers jours en dessinant la zone.

(**Veillez hachurer la ou les zones douloureuses**)

GAUCHE

DROITE



## RENSEIGNEMENTS SUR LA DOULEUR

La DOULEUR est-elle permanente ? Oui ( ) Non ( )

Intermittente ? Oui ( ) Non ( )

Avez-vous mal tous les jours ? Oui ( ) Non ( )

Cette douleur vous réveille t-elle la nuit ? Oui ( ) Non ( )

Si non, combien de jours :

.....par semaine ?

.....par mois ?

.....

# Centre d'évaluation et de traitement de la douleur

## QUALIFICATIFS DE LA DOULEUR

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez actuellement (depuis les 15 derniers jours), **répondez en mettant une croix pour la réponse correcte :**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>absent non</b>	<b>faible un peu</b>	<b>modéré moyennement</b>	<b>fort beaucoup</b>	<b>extrêmement fort extrêmement</b>

<b>Elancements</b>					
<b>Pénétrante</b>					
<b>Décharges électriques</b>					
<b>Coups de poignard</b>					
<b>En étau</b>					
<b>Tiraillement</b>					
<b>Brûlure</b>					
<b>Fourmillements</b>					
<b>Lourdeur</b>					
<b>Epuisante</b>					
<b>Angoissante</b>					
<b>Obsédante</b>					
<b>Insupportable</b>					
<b>Enervante</b>					
<b>Exaspérante</b>					
<b>Déprimante</b>					

# Centre d'évaluation et de traitement de la douleur

## Echelle "Qualité de vie"

Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, 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

# Centre d'évaluation et de traitement de la douleur

## Echelle du retentissement émotionnel

Lisez attentivement chaque série de questions et **soulignez la réponse** qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine écoulée.

<i>Je me sens énervé(e) ou tendu(e)</i> la plupart du temps souvent de temps en temps jamais	<b>3</b> <b>2</b> <b>1</b> <b>0</b>	
<i>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'auparavant</i> oui, presque autant pas autant un peu seulement presque plus		<b>0</b> <b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>
<i>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</i> oui, très nettement oui, mais ce n'est pas trop grave un peu mais cela ne m'inquiète pas pas du tout	<b>3</b> <b>2</b> <b>1</b> <b>0</b>	
<i>Je ris facilement et vois le bon côté des choses</i> autant que par le passé plus qu'avant vraiment moins qu'avant plus du tout		<b>0</b> <b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>
<i>Je me fais du souci</i> très souvent assez souvent occasionnellement très occasionnellement	<b>3</b> <b>2</b> <b>1</b> <b>0</b>	
<i>Je suis de bonne humeur</i> jamais rarement assez souvent la plupart du temps		<b>3</b> <b>2</b> <b>1</b> <b>0</b>
<i>Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et être décontracté(e)</i> oui, quoiqu'il arrive oui, en général rarement jamais	<b>0</b> <b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>	

# Centre d'évaluation et de traitement de la douleur

<i>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</i>		
presque toujours		3
très souvent		2
parfois		1
jamais		0
<i>J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</i>		
jamais	0	
parfois	1	
assez souvent	2	
très souvent	3	
<i>Je ne m'intéresse plus à mon apparence</i>		
Plus du tout		3
Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais		2
Il se peut que je n'y fasse plus autant attention		1
J'y prête autant d'attention que par le passé		0
<i>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</i>		
Oui, c'est tout à fait le cas	3	
Un peu	2	
Pas tellement	1	
Pas du tout	0	
<i>Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</i>		
Autant qu'avant		0
Un peu moins qu'avant		1
Bien moins qu'avant		2
Presque jamais		3
<i>J'éprouve des sensations soudaines de panique</i>		
Vraiment très souvent	3	
Assez souvent	2	
Pas très souvent	1	
Jamais	0	
<i>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</i>		
Souvent		0
Parfois		1
Rarement		2
Très rarement		3
<i>Maintenant vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions</i>		
	A	D