

QUESTIONNAIRE D'ORIENTATION À LA CONSULTATION INITIALE PLURIDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR DE LA PERSONNE ÂGÉE > 75 ans

Merci de télécharger ce questionnaire sur votre ordinateur et de le remplir directement en version électronique, en utilisant les cases bleues prévues à cet effet. Pensez à enregistrer régulièrement votre saisie au fur et à mesure. Une fois le document complété, veuillez le renvoyer par mail à l'adresse suivante : pb-hdj-bellier@chu-nantes.fr.

Si vous ne pouvez pas le remplir depuis votre ordinateur, vous avez également la possibilité d'imprimer le document, de le compléter à la main, puis de le renvoyer par courrier postal à l'adresse indiquée ci-dessus.

Date :

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Téléphone domicile :

Personne de confiance (nom, numéro de téléphone, joindre le formulaire) :

Directives anticipées : Oui Non

Nom et adresse du médecin traitant :

Noms des médecins référents :

Spécialistes ou structures consultées pour la prise en charge de la douleur :

Si cela était nécessaire, auriez-vous la possibilité de venir de manière autonome ou accompagnée au moins deux fois par mois ?

Oui Non

SITUATION SOCIO-FAMILIALE

Marié-e Célibataire Divorcé-e Veuf·ve Vie maritale

Nombre d'enfants et âge :

Nombre petits enfants :

Sous curatelle ou tutelle ?

Oui Non

Si oui, nom et coordonnées du curateur ou tuteur :

Vivez-vous seul-e ? : Oui Non

Domicile :

Appartement Étage Escaliers Ascenseur Maison Jardin

Profession antérieure :

Niveau d'études : Primaire Secondaire Supérieur

Langue maternelle :

Difficultés à l'écriture : Oui Non

Difficultés à la lecture : Oui Non

Difficultés à la compréhension : Oui Non

Aides financières :

Allocation personnalisée d'autonomie (APA) (si >60 ans, avec GIR de 1 à 4) : Oui Non

Aides à domicile :

Personne(s) ressource(s), proche(s):

Aide-ménagère ? : Oui Non

Si oui, nombre d'heures par semaine :

Aide à la toilette ? : Oui Non

Si oui, nombre de jour par semaine :

Passage infirmier à domicile ? : Oui Non

Si oui, nombre de jour par semaine :

AUTONOMIE

Marche/déplacement :

Marche : oui non

Intérieur du domicile Extérieur du domicile

Périmètre de marche :

Quelques pas < 100m 100 à 300 m 400 à 1000 m > 1000 m

Aides techniques ? :

une canne simple canne tripode des cannes anglaises déambulateur fauteuil roulant

Pouvez vous conduire ? : oui non

Si oui, quelle distance ? sur < 15 km 16 à 30 km > 30 km

Avez-vous des difficultés à monter ou descendre un escalier (environ 10 marches) ?

Peu ou pas de difficultés beaucoup de difficulté ou incapacité

Quel est votre niveau d'activité physique ? :

Activité physique régulière (2-4 heures/semaine) : oui non

Aucune activité physique ou rarement quelques promenades ou sorties pour aller faire des courses oui non

Risque de chutes

Êtes-vous tombé-e au cours des 12 derniers mois ? : oui non

Vous sentez vous instable en vous mettant debout ou en marchant ? : oui non

Avez-vous peur de tomber ? : oui non

VOTRE ÉTAT DE SANTE

Avez-vous eu une hospitalisation dans les 6 derniers mois ? : oui non

Avez-vous perdu > 4,5 kg de manière involontaire dans l'année passée ? : oui non

Avez-vous eu une perte d'autonomie dans les 6 derniers mois ? : oui non

Nous aimerions savoir dans quelle mesure
votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI

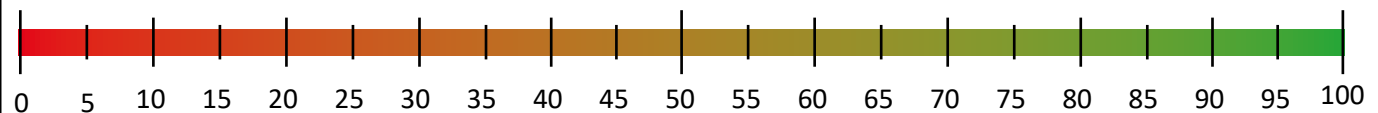
Cette échelle est numérotée de 0 à 100

0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer

100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer.

Veuillez noter dans la case si dessous le chiffre que vous avez sur l'échelle.

VOTRE SANTÉ AUJOURD'HUI = / 100



ou cochez la réponse adaptée : Mauvaise Moyenne Bonne Excellente

Troubles sensoriels

Perte d'audition ? oui non

Appareillage ? oui non

Perte de l'acuité visuelle ? : oui non

Troubles de l'équilibre ? : oui non

Pertes de sensibilité des pieds avec difficultés à bien sentir le sol ? : oui non

Antécédents

listes normalement faites dans le courrier d'adressage du médecin traitant

ALD en cours : oui non

Si oui, pour quelle(s) maladie(s) :

Maladie(s) en cours de traitement et de suivi :

Antécédents en lien avec la douleur :

Chirurgie	Année

Maladie	Année
Médecins consultés pour ces douleurs	Dates

Hospitalisations et chirurgies en lien avec ces douleurs	Dates

TRAITEMENTS ANTALGIQUES

Joindre le double lisible de votre ordonnance actuelle

Préciser les traitements antalgiques utilisés actuellement ou essayés

Médicaments	Dosage	Durée de prescription	Effets

Moyens complémentaires et non médicamenteux essayés

cocher les bonnes réponses :

Physiothérapie : chaleur froid

Kinésithérapie TENS Balnéothérapie Rééducation en centre

Cure thermique

Acupuncture Ostéopathie Réflexologie plantaire

Cohérence cardiaque Relaxation Méditation Hypnose/autohypnose

Mésothérapie

Homéopathie Phytothérapie Huiles essentielles

Autre :

Échelle qualité de vie

(QoL-AD NF vf, 1996 Rebecca Logsdon, PhD, University of Washington)

Facteur n°1 : qualité de vie liée à l'environnement intra et interpersonnelle (8 items)

Facteur n° 2 : qualité de vie à l'autonomie fonctionnelle (4 items)

Facteur n° 3 : qualité de vie à la santé perçues actuel (2 items)

Score entre 15 et 60, M1, Moy2, B3, E4

1/ Santé physique : Que pensez-vous de votre **santé physique** ? Choisissez le mot qui selon vous décrit le mieux cet état de santé. Diriez-vous qu'elle **est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente** ?

mauvaise		moyenne		bonne		excellent	
----------	--	---------	--	-------	--	-----------	--

2/ Forme, vitalité : Etes-vous en bonne forme ? Quel est actuellement votre niveau d'énergie, de vitalité ? Si c'est variable suivant les jours, comment vous êtes-vous senti la plupart du temps au cours de ces derniers jours. Diriez-vous que votre forme **est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente** ?

mauvaise		moyenne		bonne		excellent	
----------	--	---------	--	-------	--	-----------	--

3/ Moral, humeur : Comment va le moral ces temps-ci ? De quelle humeur êtes-vous ? Votre moral est-il **mauvais, moyen, bon ou excellent** ?

mauvais		moyen		bon		excellent	
---------	--	-------	--	-----	--	-----------	--

4/ Cadre de vie : Que pensez-vous de votre cadre de vie, de l'endroit où vous résidez actuellement ?
 Trouvez-vous votre cadre de vie **mauvais, moyen, bon ou excellent** ?

mauvais		moyen		bon		excellent	
---------	--	-------	--	-----	--	-----------	--

5/ Mémoire : Que pensez-vous de votre mémoire ? La trouvez-vous mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?

mauvaise		moyenne		bonne		excellente	
----------	--	---------	--	-------	--	------------	--

6/ Relation avec la famille : Comment cela se passe-t-il actuellement avec votre famille ? Avec vos parents, vos enfants, vos petits-enfants, ou vos frères et sœurs ou vos nièces et neveux ? Votre relation avec votre famille est-elle mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?

mauvaise		moyenne		bonne		excellente	
----------	--	---------	--	-------	--	------------	--

7/ Relation avec les aidants, l'entourage, les soignants : Comment sont vos relations avec vos aidants, entourage, les aides à domicile, des voisins, les soignants ? Diriez-vous qu'elles **sont mauvaises, moyennes, bonnes ou excellentes** ?

mauvaises		moyennes		bonnes		excellentes	
-----------	--	----------	--	--------	--	-------------	--

8/ Relation avec les amis : Comment sont vos relations avec vos amis ? Sont-elles mauvaises, bonnes ou excellentes ? Si vous n'avez pas d'ami ou que vos amis sont décédés, il y a-t-il quelqu'un dont vous appréciez la compagnie à part votre famille ? Pouvez-vous considérer cette personne comme ami-e ? Si oui, vos relations avec cette personne sont-elles mauvaises, moyennes, bonnes ou excellentes ? Si vous n'avez pas d'amis que pensez-vous de cette absence d'amis, trouvez-vous cela mauvais, moyen, bien ou excellent ?

mauvaises		moyennes		bonnes		excellentes	
-----------	--	----------	--	--------	--	-------------	--

9/ Image de soi : Comment vous voyez-vous en ce moment ? Si vous songez à ce que vous êtes, à ce que vous de ce qui vous caractérise, quelle image avez-vous de vous-même ? Mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?

mauvaise		moyenne		bonne		excellente	
----------	--	---------	--	-------	--	------------	--

10/ Capacité à s'occuper au quotidien : Que pensez-vous de votre capacité à vous occuper au quotidien, à trouver des activités, à faire dans la journée ? Est-elle mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?

mauvaise		moyenne		bonne		excellente	
----------	--	---------	--	-------	--	------------	--

11/ Capacité à se divertir : Que pensez-vous de votre capacité à vous divertir, à vous distraire, à faire des choses pour le plaisir ? La trouvez-vous mauvaises, moyenne, bonne ou excellente ? Mettre une croix ou entouré le mot qui selon vous décrit le mieux cette capacité.

mauvaise		moyenne		bonne		excellente	
----------	--	---------	--	-------	--	------------	--

12/ Vie actuelle en général : En générale que pensez-vous de votre vie actuelle ? Diriez-vous que votre vie actuelle est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?

mauvaise		moyenne		bonne		excellent	
----------	--	---------	--	-------	--	-----------	--

13/ Capacité à prendre soin de soi : Que pensez-vous de votre capacité à prendre soin de vous-même ? La très trouvez-vous mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?

mauvaise		moyenne		bonne		excellent	
----------	--	---------	--	-------	--	-----------	--

14/ capacité à vivre avec les autres : Que pensez-vous de votre capacité à vivre avec les autres ? La trouvez-vous mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?

mauvaise		moyenne		bonne		excellent	
----------	--	---------	--	-------	--	-----------	--

15/ Capacité à faire des choix dans sa vie : Que pensez-vous de votre capacité à faire des choix dans votre vie quotidienne ? Par exemple le moment où vous mangez, ce que vous voulez faire, quand vous dormez. Trouvez-vous votre capacité à faire des choix, mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?

mauvaise		moyenne		bonne		excellent	
----------	--	---------	--	-------	--	-----------	--

LOCALISATION DES DOULEURS

Taille : cm Poids : kg latéralité : droitier gaucher

Cochez toutes les cases qui correspondent à la localisation de votre douleur. Précisez dans la case en-dessous si besoin.



Précisez :

Caractéristiques de votre douleur Cochez dans chaque catégorie le mot correspondant le plus à votre douleur:

A) Battements pulsations élancement en éclairs décharges électriques coup de marteau

B) Rayonnante irradiante

C) Piqûre coupure pénétrante transperçante coup de poignard

D) Pincement serrement compression écrasement en étau broiement

E) Tiraillement étirement distension déchirure torsion

F) Chaleur brûlure

G) Froid glace

H) Picotement fourmillement démangeaison

I) Engourdissement lourdeur sourde

J) Fatigante épuisante

K) Nauséuse suffocante syncopale

L) Inquiétante oppressante angoissante

M) Harcelante obsédante cruelle torturante supplicante

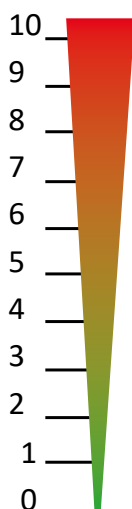
N) Gênante désagréable pénible insupportable

O) Enervante exaspérante horripilante

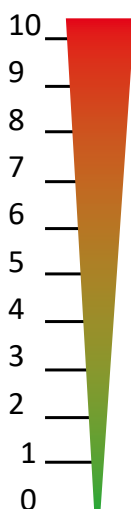
INTENSITE DE LA DOULEUR

Indiquez le niveau de votre douleur dans les 4 situations suivantes sur l'échelle de 1 à 10 où 1 correspond à pas de douleur et 10 correspond au pire douleur imaginable :

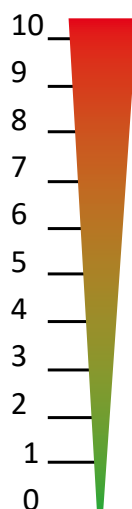
**Douleur au
moment présent**



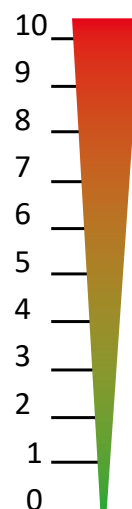
**Douleur habituelle
des 8 derniers jours**



**Intensité des pics
des 8 derniers jours**



**Douleur la plus
faible possible**



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

Aucune amélioration 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100 % **Amélioration**

ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, cochant la case appropriée, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3. «Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6. Étourdissement ou vertige, 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. 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, chancelant(e)	0	1	2	3
14. Crainte de perdre 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, «avoir 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

Utilisé par le Laboratoire d'Étude du Trauma Traduction française : Mark Freeston (1989)

Evaluation de votre moral: Geriatric Depression Scale

1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie ? Oui Non*
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités? Oui* Non
3. Avez-vous l'impression que votre vie est vide ? Oui* Non
4. Vous ennuyez-vous souvent? Oui* Non
5. Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ? Oui Non*
6. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse ? Oui* Non
7. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ? Oui Non*
8. Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir ? Oui* Non
9. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ? Oui Non*
10. Avez-vous souvent besoin d'aide ? Oui* Non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place ? Oui* Non
12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ? Oui* Non
13. L'avenir vous inquiète-t-il ? Oui* Non
14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ? Oui* Non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ? Oui Non*
16. Avez-vous souvent le cafard? Oui* Non
17. Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile ? Oui* Non
18. Ressassez-vous beaucoup le passé ? Oui* Non
19. Trouvez-vous que la vie est passionnante ? Oui Non*
20. Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets ? Oui* Non
21. Avez-vous beaucoup d'énergie ? Oui Non*

22. Désespérez-vous de votre situation présente ? Oui* Non
23. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la votre ? Oui* Non
24. Etes-vous souvent irrité(e) par des détails ? Oui* Non
25. Eprouvez-vous souvent le besoin de pleurer ? Oui* Non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ? Oui* Non
27. Etes-vous content(e) de vous lever le matin ? Oui Non*
28. Refusez-vous souvent les activités proposées ? Oui* Non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ? Oui Non*
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois ? Oui Non*

Interprétation :

Dans la forme originale de l'échelle, un score de 0 à 9 est normal,

un score de 10 à 19 correspond à une dépression modérée,

et un score de 20 à 30 correspond à une dépression sévère.

Des études ont montré qu'un score supérieur à 13 indique avec une bonne sensibilité et spécificité l'existence d'un état dépressif.

REFERENCES :

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO: Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatric Res* 1983 ; 17: 37-49.

Arcand M, Hébert R. Précis pratique de gériatrie. Québec : Edisem ; 1997.

Sommeil

- Avez-vous des difficultés à vous endormir ? : toujours souvent parfois jamais
- Avez-vous des réveils nocturnes fréquents ou prolongés ? : toujours souvent parfois jamais
- Avez-vous des problèmes de réveils trop tôt le matin ? : toujours souvent parfois jamais
- Combien d'heures dormez-vous habituellement :
- Etes-vous satisfait de votre sommeil ? très satisfait satisfait peu satisfait pas du tout satisfait
- Vous sentez vous reposé le matin ? très reposé reposé peu reposé pas du tout reposé
- Vous sentez vous en forme pour la journée ? toujours souvent parfois jamais

Score d'Epworth (dépistage syndrome d'apnée du sommeil)

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes :

Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.

- ✓ notez 0 : si c'est exclu. « Il ne m'arrive jamais de somnoler » : aucune chance,
- ✓ notez 1 : si ce n'est pas impossible. « Il y a un petit risque » : faible chance,
- ✓ notez 2 : si c'est probable. « Il pourrait m'arriver de somnoler » : chance moyenne,
- ✓ notez 3 : si c'est systématique. « Je somnolerais à chaque fois » : forte chance.

	0	1	2	3
Pendant que vous êtes occupé à lire un document				
Devant la télévision ou au cinéma				
Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès)				
Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro)				
Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent				
En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche				
Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool				
Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage				
Total sur 24				

Commentaires éventuels :



www.chu-nantes.fr

Août 2026