

**Questionnaire d'orientation à la consultation  
d'évaluation et traitement de la douleur**

**À remplir par le patient**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse Personnelle :

Téléphone Domicile :

**• 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>re</sup> catégorie       2<sup>e</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 :**

• **Votre suivi :**

**NOM et adresse du médecin traitant :**

**Nom et adresse des médecins spécialistes** à qui nous pourrions adresser un courrier

.....  
.....

Pour **votre** douleur, pouvez-vous préciser le nombre :

- de médecins consultés (**leurs nom et adresse**)

.....  
.....

- 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  À quoi ? .....

## 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)

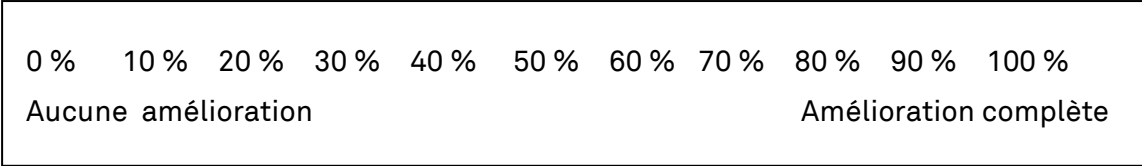
<i>Antérieurs</i>		<i>Actuels</i>
1-		1-
2-		2-
3-		3-
4-		4-
5-		5-
6-		6-
7-		7-
8-		8-
9-		9-

**Autres :**

- infiltrations :
  - à 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 ?



Qu'est ce qui vous soulage ?.....

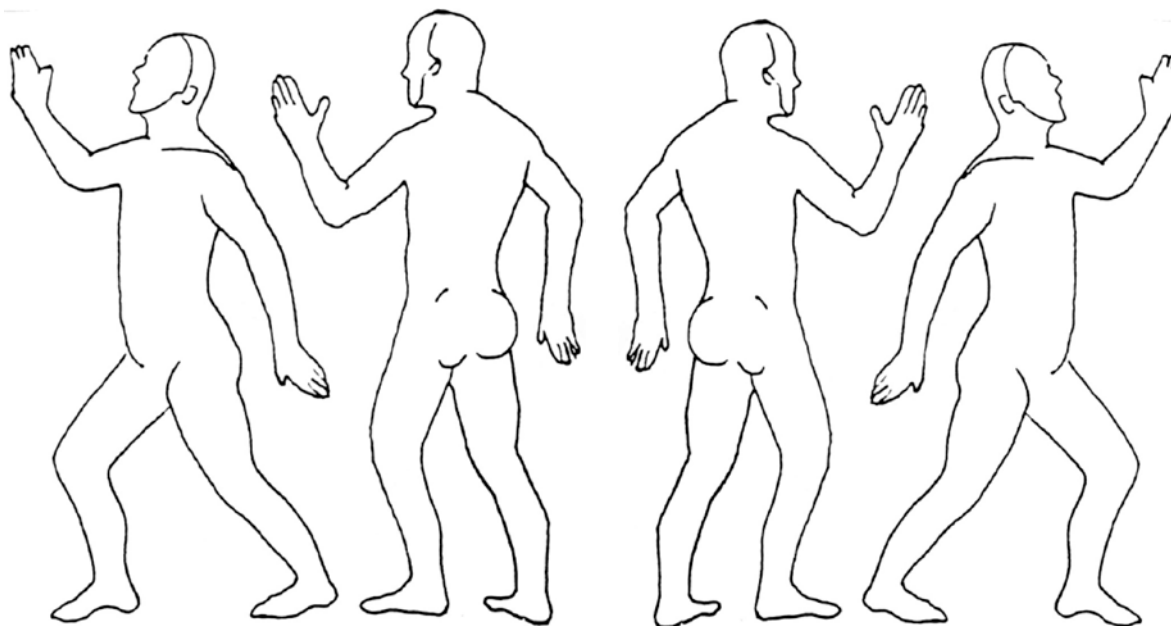
## Schéma des zones douloureuses

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

(veuillez 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

### 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 quinze derniers jours), **répondez en mettant une croix pour la réponse correcte :**

	0 absent non	1 faible un peu	2 modéré moyennement	3 fort beaucoup	4 extrêmement fort extrêmement
élancements					
pénétrante					
décharges électriques					
coups de poignard					
en étau					
tiraillement					
brûlure					
fourmillements					
lourdeur					
épuisante					
angoissante					
obsédante					
insupportable					
énervante					
exaspérante					
déprimante					

# Centre d'évaluation et de traitement de la douleur

## Échelle "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	

## Échelle 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	3 2 1 0	
<i>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'auparavant</i> oui, presque autant pas autant un peu seulement presque plus		0 1 2 3
<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	3 2 1 0	
<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		0 1 2 3
<i>Je me fais du souci</i> très souvent assez souvent occasionnellement très occasionnellement	3 2 1 0	
<i>Je suis de bonne humeur</i> jamais rarement assez souvent la plupart du temps		3 2 1 0
<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	0 1 2 3	
<i>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</i> presque toujours très souvent parfois jamais		3 2 1 0
<i>J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</i> jamais parfois assez souvent très souvent	0 1 2 3	

## Centre d'évaluation et de traitement de la douleur

<i><b>Je ne m'intéresse plus à mon apparence</b></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><b>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</b></i>		
Oui, c'est tout à fait le cas	3	
Un peu	2	
Pas tellement	1	
Pas du tout	0	
<i><b>Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</b></i>		
Autant qu'avant		0
Un peu moins qu'avant		1
Bien moins qu'avant		2
Presque jamais		3
<i><b>J'éprouve des sensations soudaines de panique</b></i>		
Vraiment très souvent	3	
Assez souvent	2	
Pas très souvent	1	
Jamais	0	
<i><b>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</b></i>		
Souvent		0
Parfois		1
Rarement		2
Très rarement		3
<i><b>Maintenant vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions</b></i>		
	A	D