

**QUESTIONNAIRE PREPARATOIRE
AUX CONSULTATIONS MEDICALES DANS LE CADRE
DES DOULEUR 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**

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 (ostéopathie, 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 :

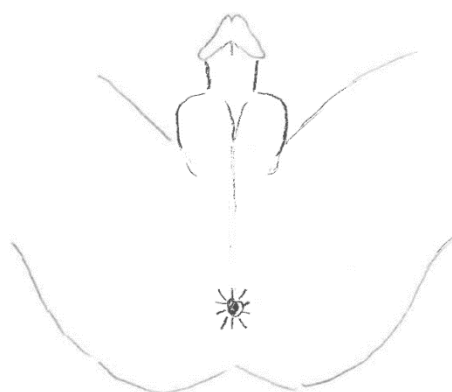
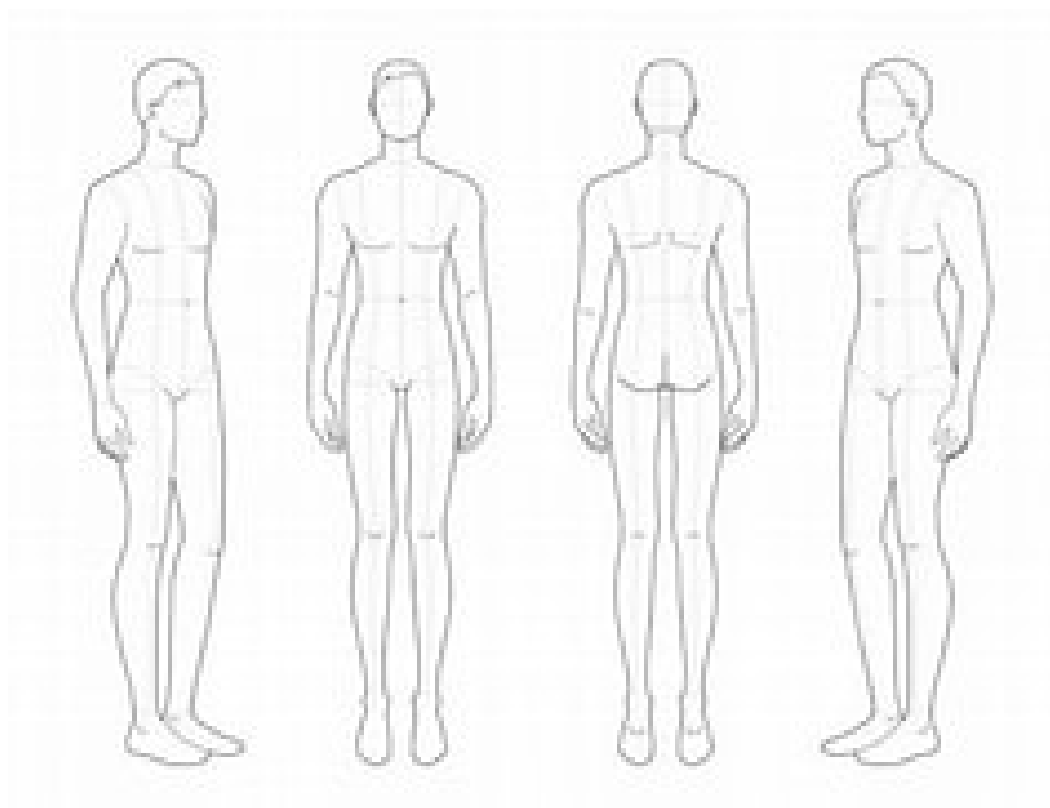
☐ Examens complémentaires

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 périnéales

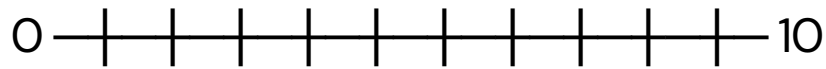


RETENTISSEMENT :

ACTIVITE GENERALE

Ne gêne pas du tout

Gêne complètement



SOMMEIL

Ne gêne pas du tout

Gêne complètement



HUMEUR

Ne gêne pas du tout

Gêne complètement



CAPACITE A MARCHER

Ne gêne pas du tout

Gêne complètement



CAPACITE A RESTER ASSIS

Ne gêne pas du tout

Gêne complètement

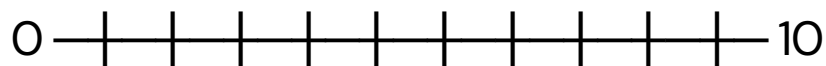


Temps maximal en position assise après 18 heures :

QUALITE DE VIE SEXUELLE

Ne gêne pas du tout

Gêne complètement



TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :

1) TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX EN COURS

NOM et dosage	Dosage (quantité par jour)	Date de début	Efficacité			Tolérance	
			OUI	NON	Partielle	OUI	NON

2) TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX EXPERIMENTES ET ARRETES

[illegible]

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)				
Ostéopathe				
Bilan postural				
Psychothérapie ☐ TCC ☐ EMDR ☐ Autre ☐ Psychologue ☐ 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 ?