



Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Consultations d'évaluation et de traitement de la Douleur Chronique de Midi Pyrénées

Adressé le :
Retourné le :
1^{er} rendez vous le :

Médecin(s) consultant(s) :

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez bénéficier d'une consultation d'évaluation et de traitement de vos douleurs. Afin de préparer votre venue veuillez remplir ce questionnaire. Une partie est à remplir par votre médecin traitant ou le médecin spécialiste qui vous suit.

Afin de vous éviter des déplacements trop importants sachez qu'il existe des consultations dans chaque département.

Veuillez trouver ci-dessous la liste des consultations de Midi Pyrénées, ce questionnaire est valable pour l'ensemble de ces consultations.

ARIEGE 09	CHIVA	Chemin Barrau	09000 SAINT-JEAN DE VERGES	05-61-03-30-30 poste :3366
AVEYRON 12	CH J Puel	Avenue de l'hôpital	12027 RODEZ	05-65-55-24-80
	Consultation douleur chronique du Sud Aveyron	265, Bd Achille Souques	12100 MILHAU	05-65-59-32-37
		88, Av. du Dr Lucien Galtier	12400 ST AFFRIQUE	
GERS 32	CH Auch	Allée Marie Clarac BP 80382	32008 AUCH	05 62 61 37 69
HAUTE-GARONNE 31	CH Comminges- Pyrénées	Ave St Plancard	31800 ST GAUDENS	05-62-00-43-20
	Nouvelle clinique de l'Union	Bd de Ratalens	31240 SAINT-JEAN	05-67-04-52-18 05-61-37-86-82
	CHU Toulouse Hôpital des Enfants	330 av de Grande Bretagne TSA 70034	31059 TOULOUSE	05-34-55-86-61
	CHU Toulouse Hôpital Pierre-Paul Riquet	Hall B, 3 ^{ème} étage Place du Dr Baylac TSA 40031	31059 TOULOUSE	05-61-77-55-52
	Clinique du Parc	93 rue Achille Viadieu	31400 TOULOUSE	05-61-14-09-91
	Clinique Pasteur	45, avenue de Lombez	31076 TOULOUSE	05-62-21-30-36
	Hôpital J Ducuing	15, Rue de Varsovie	31076 TOULOUSE	05-61-77-34-68
	Institut Universitaire de Toulouse Oncopole	1, avenue Irène Joliot- Curie	31059 TOULOUSE	05-31-15-50-50
LOT 46	CH	335, Rue du Pdt Wilson	46000 CAHORS	05-65-20-50-64
HAUTES-PYRENEES 65	CH de Bigorre	2, rue de l'Ayguerote,	65013 TARBES CEDEX 9	05-62-54-65-91
TARN 81	CH	22, Boulevard Sibille	81000 ALBI	05-63-47-43-27
	Clinique Claude Bernard	1, rue Père Colombier	81000 ALBI	05-63-77-78-00
TARN ET GARONNE 82	CH	100 Rue Léon Cladel BP 765	82000 MONTAUBAN	05-63-92-81-65

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

1ère partie

A remplir par le patient

MOTIF DE CONSULTATION :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom Marital :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone(s) :

Médecin traitant déclaré à la caisse primaire d'assurance maladie (*nom et adresse*)

.....

.....

Vous consultez sur les conseils de :

Votre médecin généraliste Un spécialiste Lequel ?

Une autre consultation douleur Laquelle ?

A votre initiative Autre Précisez :

STATUT SOCIO- PROFESSIONNEL

Votre situation professionnelle actuelle :

- | | |
|--|---|
| Agriculteur exploitant <input type="checkbox"/> | Femme ou homme au foyer <input type="checkbox"/> |
| Artisan, commerçant, chef d'entreprise <input type="checkbox"/> | étudiant <input type="checkbox"/> |
| Cadre et profession intellectuelle supérieure <input type="checkbox"/> | retraité <input type="checkbox"/> |
| Employé <input type="checkbox"/> | Profession intermédiaire <input type="checkbox"/> |
| Ouvrier <input type="checkbox"/> | (<i>instituteur, fonctionnaire, employé</i> |
| Recherche emploi <input type="checkbox"/> | <i>administratif, personnel de service,</i> |
| | <i>clergé)</i> |

Etes-vous : célibataire en concubinage marié(e) ou PACSé
séparé divorcé veuf(ve)

Profession du conjoint :

Nombre d'enfants (années de naissance) :

Nombre d'enfant à charge :

Avez-vous eu un ou plusieurs enfants décédés ? oui non

Etes-vous suivi par un service social ? Non Oui

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Si oui nom de l'assistante sociale :

Vous travaillez : à temps plein temps partiel à mi temps thérapeutique

Etes-vous en arrêt de travail ? Non Oui

- Depuis (date) :

- Suite à un accident de travail ? Oui Non

Etes-vous en longue maladie ? Non Oui depuis le

Etes-vous en invalidité ? Non Oui depuis le

Etes-vous en litige

avec la CPAM avec un autre organisme de santé avec un tiers ?

Etes-vous en procédure d'expertise ? oui non

VOTRE DOULEUR

Depuis quand ressentez-vous cette douleur (en mois) :

Connaissez-vous la cause de votre douleur ? Non Oui

Si oui quelle est-elle ?

Avez-vous mal tous les jours ? OUI NON

La douleur est-elle : Permanente Intermittente

La douleur est-elle présente : le jour la nuit

Qu'est ce qui augmente l'intensité de votre douleur ?

Quel est votre traitement actuel ?

◆ ◆

◆ ◆

Parmi les techniques suivantes pour soulager la douleur, cochez celles que vous avez essayées et leur efficacité :

	Efficacité		Efficacité
<input type="checkbox"/> Application de pommade	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Psychothérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Infiltration	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Hypnose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Acupuncture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Repos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Mésothérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Divertissements détente	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Kinésithérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Relaxation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Neurostimulation externe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Cure thermale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autretraitements essayés efficaces

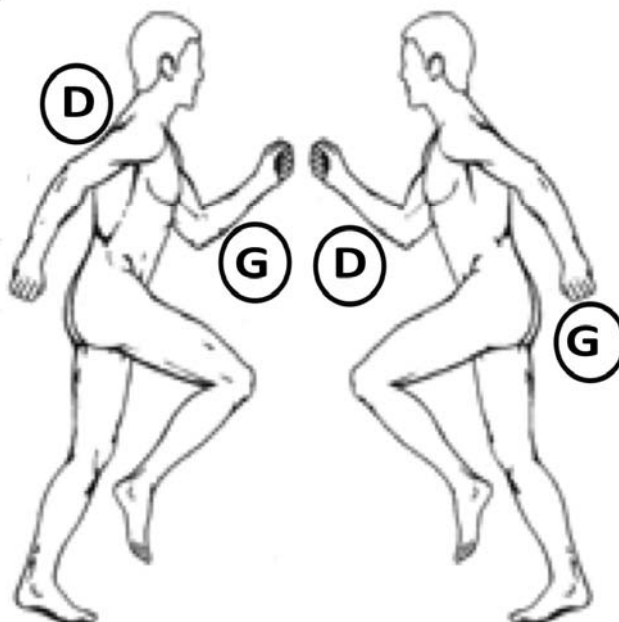
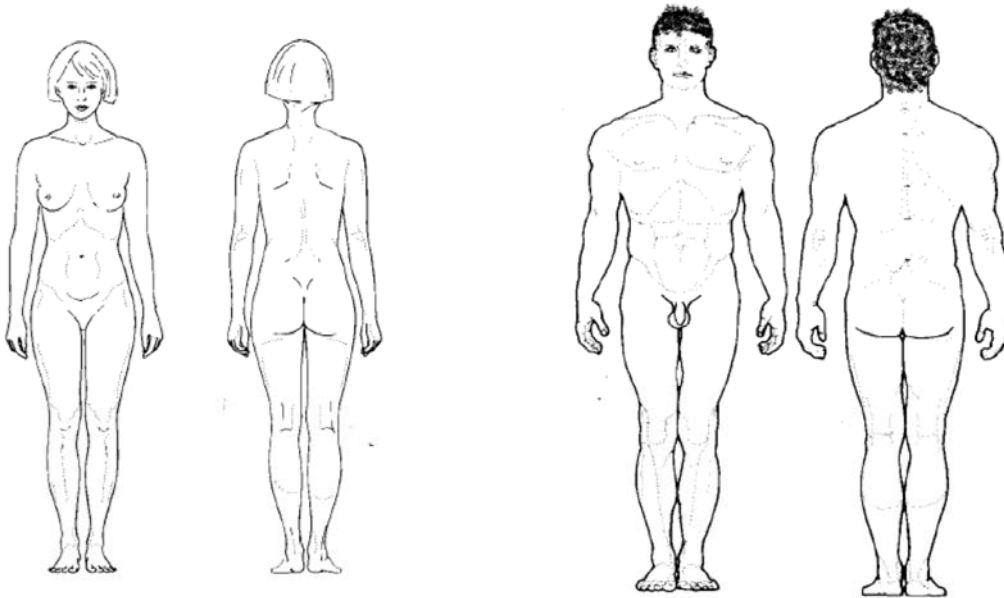
◆

Autres traitements essayés inefficaces

◆

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

◆ ◆
Indiquez sur le schéma où se trouve votre douleur (plusieurs localisations possibles) :



Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

1. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus intense que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

2. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur en général :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur en ce moment :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

5. 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

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

6. Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, pendant les dernières 24 heures, 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		

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Connaître les émotions que vous éprouvez, permettra de mieux vous aider.

Ne faites pas attention aux chiffres imprimés à droite du questionnaire. Lisez chaque série de questions et cochez la case qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Je me sens tendu(e) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> la plupart du temps | 3 |
| <input type="checkbox"/> une bonne partie du temps | 2 |
| <input type="checkbox"/> de temps en temps, occasionnellement | 1 |
| <input type="checkbox"/> pas du tout | 0 |

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'avant :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> tout autant, sans aucun doute | 0 |
| <input type="checkbox"/> pas vraiment autant | 1 |
| <input type="checkbox"/> un peu seulement | 2 |
| <input type="checkbox"/> presque plus du tout | 3 |

J'éprouve une certaine appréhension comme si quelque chose de terrible allait arriver :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> très nettement et assez intensément | 3 |
| <input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas trop intense | 2 |
| <input type="checkbox"/> un peu, mais ça ne m'inquiète pas | 1 |
| <input type="checkbox"/> pas du tout | 0 |

Je ris et vois le bon côté des choses :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> autant que par le passé | 0 |
| <input type="checkbox"/> plus autant maintenant | 1 |
| <input type="checkbox"/> vraiment moins qu'avant | 2 |
| <input type="checkbox"/> plus du tout | 3 |

Des idées inquiétantes me passent par la tête :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> la majeure partie du temps | 3 |
| <input type="checkbox"/> une bonne partie du temps | 2 |
| <input type="checkbox"/> pas très souvent | 1 |
| <input type="checkbox"/> un peu | 0 |

Je me sens gai(e) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> jamais | 3 |
| <input type="checkbox"/> rarement | 2 |
| <input type="checkbox"/> parfois | 1 |
| <input type="checkbox"/> la plupart du temps | 0 |

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Je peux rester tranquille et me détendre :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sans aucun mal | 0 |
| <input type="checkbox"/> en général | 1 |
| <input type="checkbox"/> rarement | 2 |
| <input type="checkbox"/> jamais | 3 |

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> pratiquement tout le temps | 3 |
| <input type="checkbox"/> très souvent | 2 |
| <input type="checkbox"/> parfois | 1 |
| <input type="checkbox"/> pas du tout | 0 |

J'éprouve une certaine appréhension comme si j'avais l'estomac noué :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> pas du tout | 0 |
| <input type="checkbox"/> parfois | 1 |
| <input type="checkbox"/> assez souvent | 2 |
| <input type="checkbox"/> très souvent | 3 |

Je ne m'intéresse plus à mon apparence physique :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> plus du tout | 3 |
| <input type="checkbox"/> je ne m'y intéresse pas autant que je le devrais | 2 |
| <input type="checkbox"/> il est possible que je ne m'y intéresse plus autant qu'avant | 1 |
| <input type="checkbox"/> je m'y intéresse autant qu'avant | 0 |

Je suis agité (e) comme si je n'arrivais pas à tenir en place :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vraiment beaucoup | 3 |
| <input type="checkbox"/> beaucoup | 2 |
| <input type="checkbox"/> pas beaucoup | 1 |
| <input type="checkbox"/> pas du tout | 0 |

Je me réjouis à l'idée des choses à venir :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> autant qu'avant | 0 |
| <input type="checkbox"/> un peu moins qu'avant | 1 |
| <input type="checkbox"/> bien moins qu'avant | 2 |
| <input type="checkbox"/> presque pas du tout | 3 |

J'ai des accès de panique :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vraiment très souvent | 3 |
| <input type="checkbox"/> assez souvent | 2 |
| <input type="checkbox"/> pas très souvent | 1 |
| <input type="checkbox"/> jamais | 0 |

J'ai plaisir à lire un bon livre, écouter la radio ou regarder la télévision :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> souvent | 0 |
| <input type="checkbox"/> parfois | 1 |
| <input type="checkbox"/> rarement | 2 |
| <input type="checkbox"/> très rarement | 3 |

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Description de la douleur

La douleur présente t elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	oui	non
Brulure		
Sensation de froid douloureux		
Décharges électriques		

La douleur est elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

Fourmillements		
Picotements		
Engourdissements		
Démangeaisons		

La douleur est-elle associée dans la même région :

A une perte de sensibilité au toucher		
A une perte de sensibilité au piquer		

La douleur est elle augmentée ou provoquée par :

Le frottement		
---------------	--	--

VOS ACTIVITES DE LOISIRS : (distraction, activité physique, hobbies)

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

AVEZ-VOUS DES ATTENTES PRECISES EN VENANT ICI ? Si oui lesquelles ?

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

QUEL EST VOTRE OBJECTIF PRINCIPAL ?

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

**Merci d'apporter pour la consultation votre dernière ordonnance ainsi que
l'ensemble des examens complémentaires déjà réalisés**

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Cachet
médecin

2^{ème} partie A remplir par le médecin traitant ou médecin adresseur

Motif de consultation

- Avis diagnostique Une prise en charge thérapeutique
Un essai de technique particulier Une prise en charge non
(précisez) médicamenteuse (précisez)

Antécédents du patient : médicaux, chirurgicaux, traumatiques et psychiatriques

Examens complémentaires concernant cette douleur

nature	date	résultats

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Spécialistes consultés pour cette douleur

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Neurologue | <input type="checkbox"/> | Interniste | <input type="checkbox"/> |
| Rhumatologue | <input type="checkbox"/> | Gynécologue | <input type="checkbox"/> |
| Médecin rééducateur | <input type="checkbox"/> | Urologue | <input type="checkbox"/> |
| Gastro entérologue | <input type="checkbox"/> | Autre (précisez) | <input type="checkbox"/> |
| Chirurgien orthopédiste | <input type="checkbox"/> | | |

Hospitalisation(s) pour cette douleur (lieu, date)

TRAITEMENT ACTUEL

THERAPEUTIQUES antalgiques ESSAYEES

- Médicamenteuse(s) : précisez posologie et durée du traitement

- Chirurgicale(s) :

- AUTRES