

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez bénéficier d'une consultation d'évaluation et de traitement de vos douleurs. Afin de vous fixer un rendez-vous veuillez remplir ce questionnaire, la dernière partie étant à compléter par votre médecin traitant ou le médecin spécialiste qui vous adresse, **et le renvoyez par mail ou par voie postale.**

Clinique de l'Union Consultation Douleur Chronique	Bd de Ratalens 31240 Saint-Jean	05.67.04.62.18 secretariat.douleur.union@ramsaysante.fr
--	---	---

Qu'est-ce qu'une Structure Douleur Chronique ?

La structure reçoit sur orientation médicale, des patients présentant des douleurs persistantes évoluant depuis plus de trois mois, bien souvent depuis plus de six mois. Ces douleurs dites chroniques se distinguent des douleurs aiguës et nécessitent une prise en charge spécifique.

La douleur chronique se caractérise par une composante sensorielle désagréable et difficilement supportable, pouvant induire des perturbations émotionnelles donnant une tonalité affective négative à la douleur comme parfois un état d'anxiété, de dépression ou d'anticipation négative.

La douleur chronique entraîne également des difficultés dans plusieurs domaines importants de la vie notamment professionnel, mais aussi relationnel et familial. Ces difficultés peuvent participer à l'aggravation de la douleur en engendrant un stress supplémentaire.

La prise en charge de la douleur chronique est souvent pluridisciplinaire.

Vous êtes susceptible de rencontrer une équipe spécialisée (constituée de médecins, psychologues, infirmiers, rééducateurs, etc.) qui travaillera en partenariat avec votre médecin traitant et avec vous afin de créer ensemble un parcours de soin individualisé.

1^{re} partie

à remplir par le patient

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM usuel

NOM de naissance

Prénom

Date de naissance / /

Adresse

.....

.....

Tél Mail

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 ?

☐ À votre initiative ☐ Autre, précisez

STATUT SOCIO - PROFESSIONNEL

Êtes-vous ☐ Célibataire ☐ En concubinage ☐ Marié(e) ou PACSé-e
☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Nombre d'enfants _ _

Votre situation professionnelle actuelle

- | | |
|--|--|
| ☐ Agriculteur exploitant | ☐ Femme ou homme au foyer |
| ☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise | ☐ Étudiant |
| ☐ Cadre et profession intellectuelle supérieure | ☐ Retraité |
| ☐ Employé | ☐ Profession intermédiaire |
| ☐ Ouvrier | <i>(Instituteur, fonctionnaire, employé administratif, personnel de service, clergé)</i> |
| ☐ Recherche emploi | |

Quel est votre métier ?

Votre conjoint travaille-t-il ? ☐ Oui ☐ Non

Vous travaillez ☐ temps plein ☐ temps partiel ☐ temps partiel thérapeutique

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Êtes-vous en arrêt de travail ? ☐ Non ☐ Oui

- Depuis (date) / /

- Suite à un accident de travail ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous en longue maladie ? ☐ Non ☐ Oui depuis le / /

Êtes-vous en invalidité ? ☐ Non ☐ Oui depuis le / /

Êtes-vous en litige ?

☐ Avec la CPAM

☐ Avec un autre organisme de santé

☐ Avec un tiers ?

Êtes-vous en procédure d'expertise ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous suivi par un service social ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui nom de l'assistante sociale

.....

VOTRE DOULEUR ET VOS PRISES EN CHARGE

Quelle est la douleur ?

.....

.....

.....

Depuis quand ressentez-vous la douleur

Selon vous quelle est la cause de la douleur ?

.....

.....

.....

Avez-vous mal tous les jours ? ☐ Oui ☐ Non

Merci d'indiquer sur l'horloge suivante les périodes
sans douleur (en vert)
et les périodes
avec la douleur (en rouge)

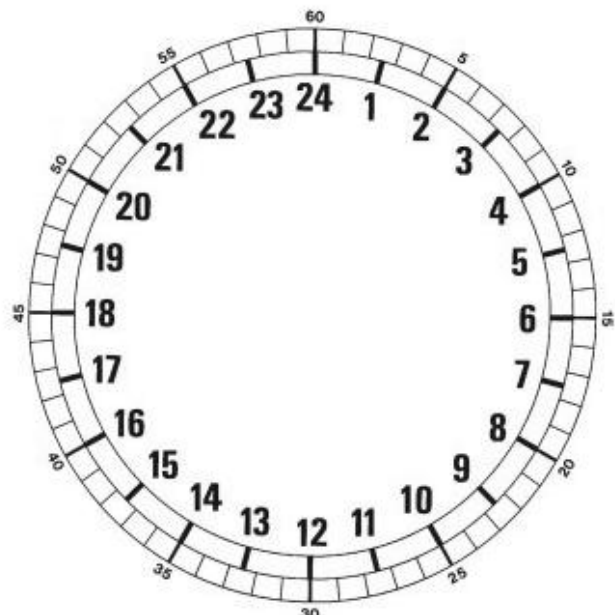
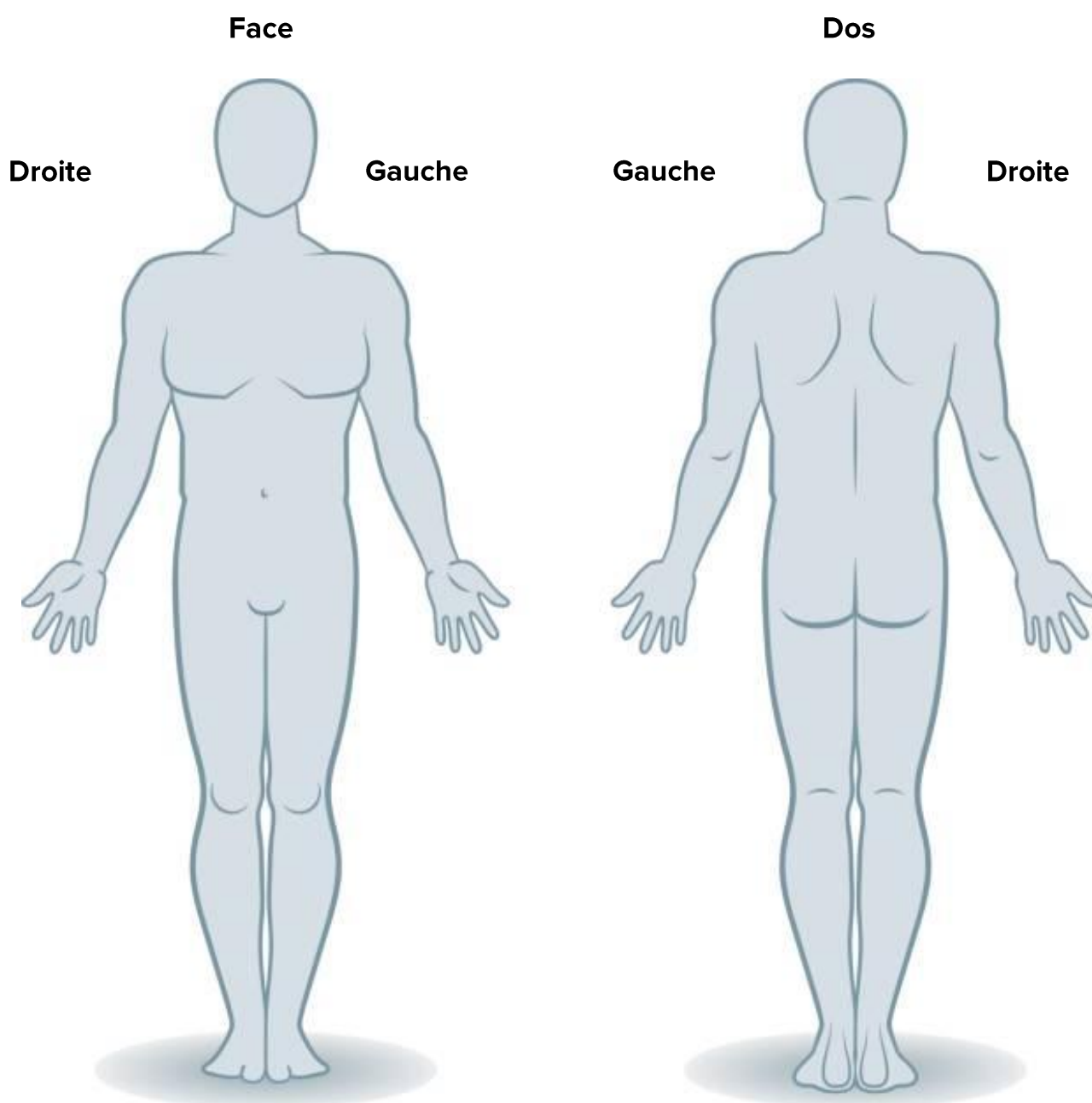


Schéma des zones douloureuses

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

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps et un « P » pour une douleur profonde dans votre corps

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense



Échelle d'évaluation de la douleur

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note de 10 correspond à « douleur maximale »

Douleur au moment présent

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

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours

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

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours

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

Douleur la plus forte depuis 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		

Douleur la plus faible depuis 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		

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 »

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 »

Qualification de la douleur

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire votre douleur

Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), mettez une croix pour la réponse correcte

	0 absent	1 faible	2 modéré	3 fort	4 extrêmement fort
Brûlure					
Sensation de froid douloureux					
Décharges électriques					
Fourmillements					
Picotements					
Engourdissements					
Démangeaisons					
Élancement					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillements					
Lourdeurs					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

QUESTIONNAIRE DN4

La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?		
Brûlure	☐ Oui	☐ Non
Sensation de froid douloureux	☐ Oui	☐ Non
Décharges électriques	☐ Oui	☐ Non

La douleur est-elle associée à un ou plusieurs symptômes suivants dans la même région ?		
Fourmillements	☐ Oui	☐ Non
Picotements	☐ Oui	☐ Non
Engourdissements	☐ Oui	☐ Non
Démangeaisons	☐ Oui	☐ Non

La douleur est-elle associée dans un territoire où l'examen met en évidence ?		
Une hypoesthésie au tact	☐ Oui	☐ Non
Une hypoesthésie à la piquûre	☐ Oui	☐ Non

La douleur est-elle provoquée ou augmentée par ?		
Le frottement	☐ Oui	☐ Non

Score = ____ / 10

**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)

- ☐ La plupart du temps 3
- ☐ Une bonne partie du temps 2
- ☐ De temps en temps, occasionnellement 1
- ☐ Pas du tout 0

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'avant

- ☐ Tout autant, sans aucun doute 0
- ☐ Pas vraiment autant 1
- ☐ Un peu seulement 2
- ☐ Presque plus du tout 3

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

- ☐ Très nettement et assez intensément 3
- ☐ Oui, mais ce n'est pas trop intense 2
- ☐ Un peu, mais ça ne m'inquiète pas 1
- ☐ Pas du tout 0

Je ris et vois le bon côté des choses

- ☐ Autant que par le passé 0
- ☐ Plus autant maintenant 1
- ☐ Vraiment moins qu'avant 2
- ☐ Plus du tout 3

Des idées inquiétantes me passent par la tête

- ☐ La majeure partie du temps 3
- ☐ Une bonne partie du temps 2
- ☐ Pas très souvent 1
- ☐ Un peu 0

Je me sens gai(e)

- ☐ Jamais 3
- ☐ Rarement 2
- ☐ Parfois 1
- ☐ La plupart du temps 0

Je peux rester tranquille et me détendre

- ☐ Sans aucun mal 0
- ☐ En général 1
- ☐ Rarement 2
- ☐ Jamais 3

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- ☐ Pratiquement tout le temps 3
- ☐ Très souvent 2
- ☐ Parfois 1
- ☐ Pas du tout 0

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

- ☐ Pas du tout 0
- ☐ Parfois 1
- ☐ Assez souvent 2
- ☐ Très souvent 3

Je ne m'intéresse plus à mon apparence physique

- ☐ Plus du tout 3
- ☐ Je ne m'y intéresse pas autant que je le devrais 2
- ☐ Il est possible que je ne m'y intéresse plus autant qu'avant 1
- ☐ Je m'y intéresse autant qu'avant 0

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

- ☐ Vraiment beaucoup 3
- ☐ Beaucoup 2
- ☐ Pas beaucoup 1
- ☐ Pas du tout 0

Je me réjouis à l'idée des choses à venir

- ☐ Autant qu'avant 0
- ☐ Un peu moins qu'avant 1
- ☐ Bien moins qu'avant 2
- ☐ Presque pas du tout 3

J'ai des accès de panique

- ☐ Vraiment très souvent 3
- ☐ Assez souvent 2
- ☐ Pas très souvent 1
- ☐ Jamais 0

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

- ☐ Souvent 0
- ☐ Parfois 1
- ☐ Rarement 2
- ☐ Très rarement 3

Nous allons maintenant nous intéresser à votre sommeil.

Pour chacune des questions suivantes, veuillez encercler le chiffre correspondant à votre sommeil.

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (sur le dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir

Aucune	Légère	Moyenne	Très importante	Extrêmement importante
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e)

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

c. Problème de réveil trop tôt le matin

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)** / **INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel ?

Très satisfait	Satisfait	Plutôt neutre	Insatisfait	Très insatisfait
0	1	2	3	4

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (par exemple, fatigue, concentration, mémoire, humeur) ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil soient **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÈTE)** / **PRÉOCCUPÉ(E)** à propos de vos difficultés de sommeil ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Taille _ _ _ _ cm

Poids _ _ _ _ kg

Quel est votre traitement actuel ?

✧	✧
✧	✧
✧	✧
✧	✧
✧	✧
✧	✧

Avez-vous déjà souffert d'une addiction ?

Par exemple, tabagisme, alcool, cannabis, médicament, jeux, sexe, autre.

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez

.....

Est-ce toujours le cas ?

☐ Oui ☐ Non

Pensez-vous être dépendant à certains médicaments de votre traitement actuel ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez

.....

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Parmi les techniques suivantes pour soulager la douleur, cochez celles que vous avez pratiquées

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Kinésithérapie / Rééducation | ☐ Cure thermale | ☐ Psychothérapie |
| ☐ Ostéopathie | ☐ Phyto. / Aromathérapie | ☐ Sophrologie |
| ☐ Neurostimulation externe (TENS) | ☐ Qi gong, Tai Chi | ☐ Relaxation |
| ☐ Infiltration | ☐ Homéopathie | ☐ Thérapie cognitivo-comportementale |
| ☐ Activité physique adaptée | ☐ Mésothérapie | ☐ EMDR, EFT |
| ☐ Stimulation du nerf vague
(auriculaire ou cervicale) | ☐ Acupuncture | ☐ Hypnose |
| ☐ Troubles Musculo Squelettiques
(TMS) | ☐ Yoga, Pilate | ☐ Méditation |
| ☐ Stimulation médullaire | ☐ Kinésiologie | ☐ Musicothérapie |
| ☐ Stimulation corticale | ☐ Magnétiseur | ☐ Art - thérapie (danse, écriture, peinture,
dessin, ...) |

Parmi ces techniques, lesquelles vous apportent un soulagement ?

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

Autres prises en charge efficaces	Autres prises en charges inefficaces
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Par exemple, distraction, activité physique, hobbies, etc.

Aujourd'hui	Avant l'apparition de la douleur

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Questionnaire complémentaire à remplir par le patient

Antécédents familiaux médicaux et chirurgicaux (parents, grands-parents, oncles et tantes)

Antécédents personnels médicaux et chirurgicaux

Traitement actuel / en cours

Allergies

Vie sociale et professionnelle (nombre d'enfants, travail ...)

2^{me} partie

à remplir par le médecin qui oriente

Motif de consultation

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

.....

Antécédents du patient : médicaux, chirurgicaux, traumatiques et psychiatriques

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Examens complémentaires concernant cette douleur

nature	résultats

Spécialistes consultés pour cette douleur

- | | |
|--|--|
| ☐ Neurologue | ☐ Gynécologue |
| ☐ Rhumatologue | ☐ Urologue |
| ☐ Gastro-entérologue | ☐ Psychiatre |
| ☐ Chirurgien orthopédiste | ☐ Psychologue |
| ☐ Médecin Médecine Physique et Réadaptative (MPR) | ☐ Autres (précisez) |
-

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

.....

.....

.....

Traitement actuel

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

THÉRAPEUTIQUES antalgiques ESSAYÉES

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Chirurgicale(s)

.....

.....

.....

- Autres

.....

.....

TAMPON MEDECIN