

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 suit, **et le renvoyer au centre le plus proche de votre domicile.**

Veuillez trouver ci-dessous la liste de quelques structures douleur de la Région Occitanie. Vous pouvez vous connecter sur le site du gouvernement pour connaître la liste de toutes les structures douleur chronique : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

Envoyé le : Retourné le :
--

ARIEGE 09	CHIVA	Ch. Barrau	09000 ST - JEAN DE VERGES	05.61.03.33.66
	CH ARIEGE COUSERANS	CS Externes BP 60111	09201 ST - GIRONS CEDEX	05.62.21.35.36
AUDE 11	CH CARCASSONNE	1060 Ch. de la Madeline	11010 CARCASSONNE CEDEX	04.68.24.25.86
	CLINIQUE de MONTRÉAL	Route de Bram	11000 CARCASSONNE	04.11.20.02.03
	CH NARBONNE	Bd Lacroix BP 824	11108 NARBONNE CEDEX	04 68 42 61 85
AVEYRON 12	CH J Puel	Av. de l'hôpital	12027 RODEZ	05.65.55.24.80
	CHIC du SUD AVEYRON	265 Bd Achille Souques	12100 MILLAU	05.65.59.32.37
HAUTE - GARONNE 31	CH COMMINGES - PYRÉNÉES	Av. St Placard	31800 ST - GAUDENS	05.62.00.43.42
	CLINIQUE de l'UNION	Bd de Ratalens	31240 ST - JEAN	05.67.04.52.18 secretariat.douleur.union@ramsaysante.fr
	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	CETD - Hall B 3 ^{ème} étage - TSA 40031	31059 TOULOUSE	05-61-77-55-52 05.61.77.95.47 fax : 05.61.77.57.62
	CLINIQUE de LA CROIX du SUD	52 Ch. de Ribaute 3 ^{ème} Etage – Zone A	31130 QUINT FONSEGRIVES	05.81.14.05.18
	CLINIQUE PASTEUR	45, Av. de Lombez	31076 TOULOUSE	05.62.21.35.36
	ONCOPOLE	1 Av. Irène Joliot-Curie	31100 TOULOUSE	05.31.15.51.48
	Hôpital Joseph Ducuing	15 Rue de Varsovie	31300 TOULOUSE	crasp@hjd.asso.fr demande de rdv uniquement par mail
GERS 32	CH AUCH	Allée Marie Clarac BP 80382	32008 AUCH	05.62.61.37.69
LOT 46	CH CAHORS	335, Rue du Pdt Wilson	46000 CAHORS	05.65.20.50.64
LOT ET GARONNE 47	CH AGEN	Rte Villeneuve sur lot	47923 AGEN CEDEX	05.53.69.70.58
HAUTES - PYRENEES 65	CH BAGNERES de BIGORRE	2, rue de l'Ayguerote,	65013 TARBES CEDEX 9	05.62.54.65.91
PYRENEES - ORIENTALES 66	CH PERPIGNAN	20 Av. du Languedoc	66046 PERPIGNAN	04.68.61.68.90
TARN 81	CH ALBI	22 Bd Sibille	81000 ALBI	05.63.47.43.27
	CHIC CASTRES- MAZAMET	6 Av. de la Montagne Noire - BP 30417	81108 CASTRES CEDEX	05.63.71.63.94
TARN ET GARONNE 82	CH MONTAUBAN	100 Rue Léon Cladel BP 765	82000 MONTAUBAN	05.63.92.83.71

Notice d'information des patients

Titre de la recherche

Registre « Douleur Chronique » du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU Toulouse

Investigateur qualifié pour délivrer l'information : Dr Nathalie CANTAGREL

Etablissement responsable du traitement des données

CHU de Toulouse Hôtel Dieu 2 rue Viguerie TSA 80035 31059 Toulouse cedex 9

Madame, Monsieur,

Nous organisons une recherche sur les Parcours des patients atteints de Douleurs Chroniques.

Nous souhaitons vous solliciter pour participer à cette recherche et nous vous présentons ici les modalités de cette recherche afin que vous puissiez vous décider en toute connaissance de cause. Cette recherche n'a pas d'influence sur la prescription médicale et la prise en charge dont vous bénéficiez, est basée sur l'exploitation de vos données obtenues au cours de votre suivi dans le cadre du soin courant.

Le but de la recherche

Etudier les parcours de soins des patients souffrants de syndromes douloureux chroniques

Méthodologie

Etude prospective unicentrique utilisant les données recueillies dans le cadre de l'évaluation initiale et du suivi habituel au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse

Durée

De 2022 à 2042, du moment où le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur reçoit votre formulaire d'orientation initial jusqu'au terme de votre prise en charge.

Contraintes

Si vous acceptez de participer à cette cohorte prospective, vous êtes susceptible de compléter des questionnaires écrits dans le cadre de votre suivi. Ces questionnaires concerneront notamment vos antécédents médicaux, vos traitements, votre alimentation, votre humeur, votre qualité de vie, etc.

Bénéfice

Aucun bénéfice direct n'est attendu, mais votre participation permettra de développer une meilleure connaissance sur la Douleur Chronique, le parcours des patients suivis sur le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur ainsi que l'efficacité des prises en charge habituellement proposées en soins courants.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

Si vous refusez de participer, il vous suffit d'en informer le médecin dont les coordonnées se trouvent en bas de ce document. Cela n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge habituelle. Vous pouvez si vous le désirez interrompre votre participation à l'étude à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui vous seront dispensés.

Sans retour de votre part sous 1 mois à compter de la réception de ce document, nous considérons que vous ne vous opposez pas au traitement de vos données personnelles recueillies dans le cadre de cette recherche. Vous serez quoiqu'il en soit toujours à temps de faire valoir vos droits.

L'équipe médicale (Tél : 05.61.77.95.47) est à votre disposition pour vous apporter toutes les précisions complémentaires que vous souhaitez.

La date d'information et d'envoi de la présente notice sera établie à la date de réception du présent questionnaire.

Compléments d'information à propos du registre

Si vous acceptez de participer à cette recherche, les personnes qui collaborent à cette recherche ou qui sont mandatées par le responsable du traitement des données, ainsi qu'éventuellement le représentant de la Commission Nationale Informatique et Liberté, auront accès à l'information dans le respect le plus strict de la confidentialité.

Dans le cadre de la recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard des objectifs qui vous ont été présentés. Le responsable du traitement des données est le CHU de Toulouse. Le médecin de l'étude et autre personnel de l'étude recueilleront des informations à votre sujet, sur votre santé, sur votre participation dans l'étude et, le cas échéant, sur vos habitudes de vie ainsi que, dans la mesure où ces données sont nécessaires à la recherche, sur vos origines ethniques ou relatives à votre vie sexuelle. Seules les informations strictement nécessaires au traitement et à la finalité de la recherche seront recueillies et ces données seront conservées pendant la durée de l'étude jusqu'au rapport final ou jusqu'à la dernière publication puis archivées pendant la durée conforme à la réglementation en vigueur.

Afin d'assurer la confidentialité de vos informations personnelles, ni votre nom ni aucune autre information qui permettraient de vous identifier directement ne seront saisis sur le cahier d'observation ou dans tout autre dossier ou échantillon que le médecin de l'étude fournira au promoteur ou aux représentants autorisés du promoteur. Vous serez uniquement identifié(e) par un code et vos initiales.

Le code est utilisé pour que le médecin de l'étude puisse vous identifier si nécessaire.

Ce traitement des données a pour fondement juridique l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) à savoir l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable de traitement et les intérêts légitimes poursuivis par lui. De plus, au titre de l'article 9 du RGPD le responsable de traitement peut de manière exceptionnelle traiter des catégories particulières de données, incluant des données de santé notamment à des fins de recherche scientifique.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée) et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679), vous avez un droit d'accès et de rectification sur vos informations personnelles. Vous pouvez aussi demander la restriction du traitement de vos informations personnelles, vous opposer à certains types de traitement de vos informations personnelles, demander que vos informations personnelles soient effacées. Cependant, certaines données préalablement collectées ne pourront peut-être pas être effacées, au titre des Articles 17.3.c et 17.3.d. du RGPD si cette suppression est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche. Vous pouvez exercer ces droits en le demandant par écrit auprès du médecin de l'étude. Le promoteur répondra à vos demandes dans la mesure du possible conformément à ses autres obligations légales et réglementaires et lorsque la loi l'exige.

Les données seront collectées conformément à la méthodologie de référence MR004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour laquelle le CHU de Toulouse a signé un engagement de conformité. Conformément à la réglementation française et européenne, les données de l'étude seront conservées au maximum 2 ans après la dernière publication ou jusqu'à la signature du rapport final, puis archivées pour une durée de 20 ans.

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Vos informations personnelles anonymisées pourront être utilisées pour d'autres recherches scientifiques sur votre maladie ou sur d'autres maladies toujours conformément aux lois et aux règlements applicables.

Si vous avez d'autres questions au sujet du recueil, de l'utilisation de vos informations personnelles ou des droits associés à ces informations, veuillez contacter Monsieur le Délégué à la Protection des données du CHU de Toulouse (dpo@chu-toulouse.fr) ou le médecin de l'étude.

Si malgré les mesures mises en place par le responsable du traitement des données vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance de la protection des données compétente dans votre pays de résidence (la CNIL pour la France sur le site <https://www.cnil.fr/fr/donnees-personnelles/plaintes-en-ligne>).

Vous avez le droit d'avoir communication, au cours ou à l'issue de la recherche, des informations concernant votre santé, détenues par la personne qualifiée en charge de votre suivi.

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

Le Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) 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 ainsi des douleurs aiguës et nécessitent en cela 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 professionnels, mais aussi relationnels et familiaux. 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^{ère} partie

A remplir par le patient

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom Marital

Nom de jeune fille

Prénom

Date de naissance / / Lieu 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 ?

A votre initiative Autre Précisez

STATUT SOCIO - PROFESSIONNEL

Etes-vous Célibataire En Concubinage Marié(e) ou PACSé-e

Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants (années de naissance) _ _

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,</i> |
| Recherche emploi <input type="checkbox"/> | <i>employé administratif, personnel</i> |
| | <i>de service, clergé)</i> |

Quel est votre métier ?

Votre conjoint travaille-t-il ? OUI NON

Vous travaillez temps plein temps partiel temps partiel thérapeutique

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

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

Etes-vous suivi par un service social ? Non Oui

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 ?

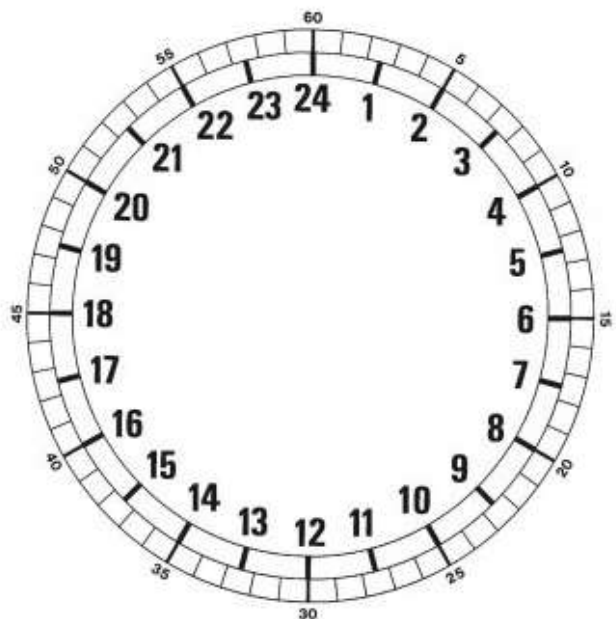
.....

.....

.....

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)



Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

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

	Oui	Non
Brulure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La douleur est-elle augmentée ou provoquée par

Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	--------------------------

Qu'est ce qui améliore la douleur ?

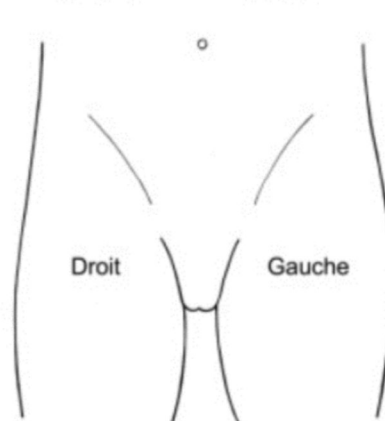
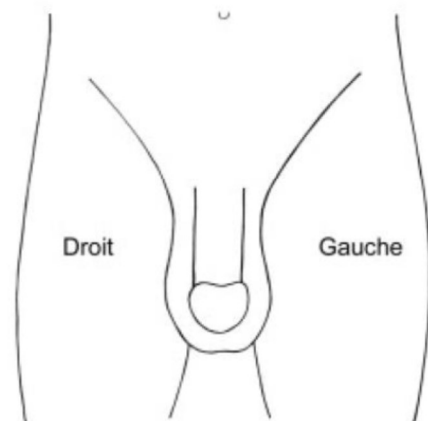
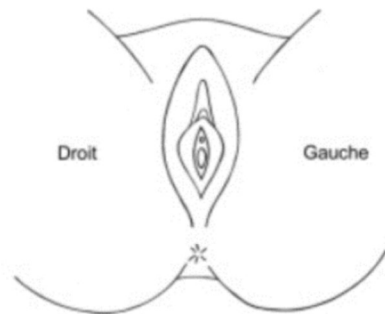
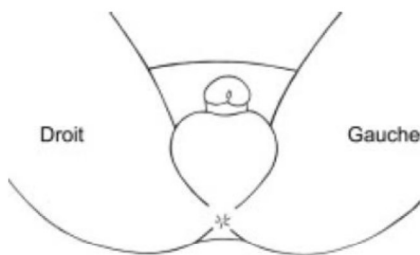
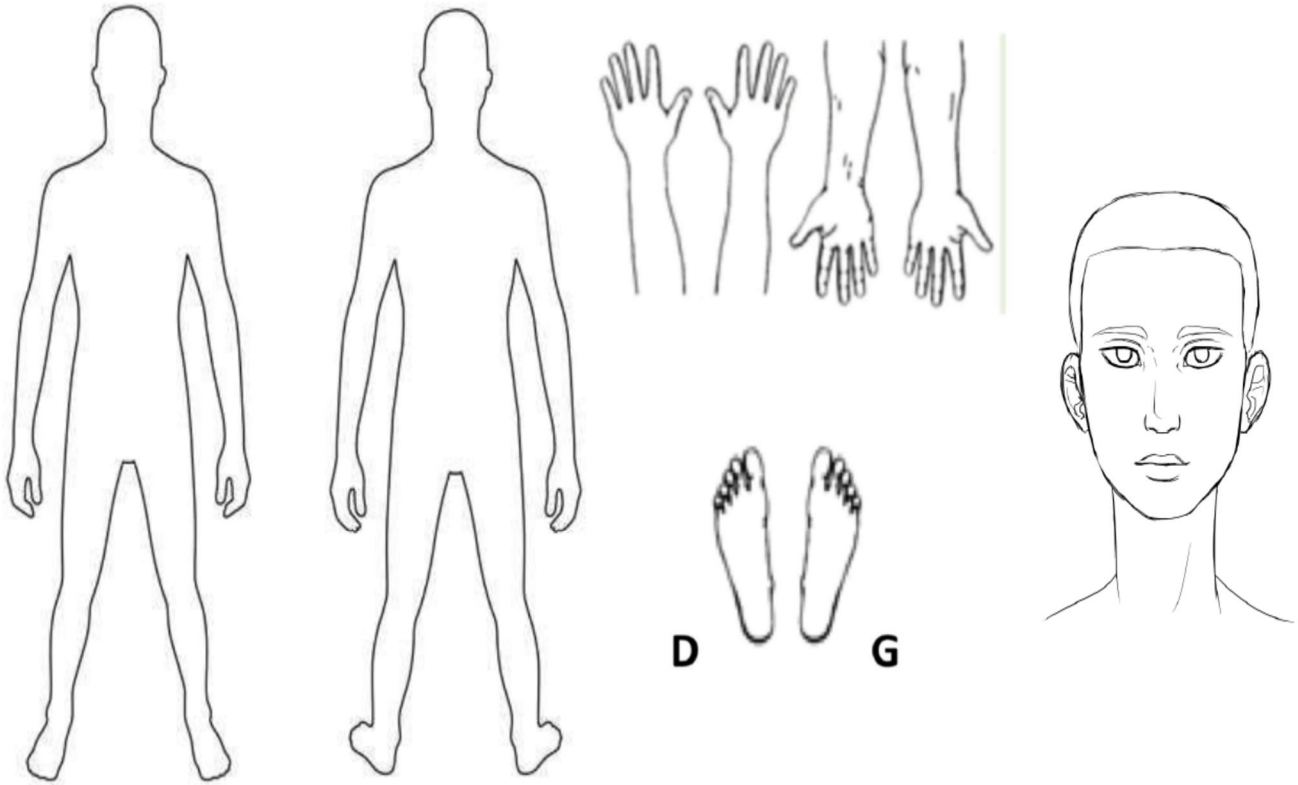
.....
.....
.....
.....
.....

Qu'est ce qui aggrave la douleur ?

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

Indiquez sur les schémas où se trouvent (précisez la légende utilisée)

La douleur la plus importante
Les autres douleurs
Les zones qui vont bien



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

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		

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 |

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 |

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 **SEVERITE** 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. A 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(ETE)** / **PREOCCUPE(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

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

Parmi ces techniques, lesquelles vous apportent un soulagement ?

.....

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

VOS ACTIVITES DE LOISIR

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

Aujourd'hui	Avant l'apparition de la douleur

QUELLES SONT VOS ATTENTES EN VENANT DANS NOTRE CENTRE ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

2^{ème} partie

A remplir par le médecin traitant ou médecin qui oriente

Motif de consultation

Avis diagnostique
Un essai de technique particulier
(précisez)

Une prise en charge thérapeutique
Une prise en charge non médicamenteuse
(précisez)

Antécédents du patient : médicaux, chirurgicaux, traumatiques et psychiatriques

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

Examens complémentaires concernant cette douleur

nature	date	résultats

Spécialistes consultés pour cette douleur

- | | | | |
|--|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Neurologue | <input type="checkbox"/> | Gynécologue | <input type="checkbox"/> |
| Rhumatologue | <input type="checkbox"/> | Urologue | <input type="checkbox"/> |
| Gastro-entérologue | <input type="checkbox"/> | Psychiatre | <input type="checkbox"/> |
| Chirurgien orthopédiste | <input type="checkbox"/> | Psychologue | <input type="checkbox"/> |
| Médecin Médecine Physique
et Réadaptative (MPR) | <input type="checkbox"/> | Autres(précisez) | <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

.....
.....

TAMPON MEDECIN