

QUESTIONNAIRE REGIONAL

STRUCTURES DOULEUR CHRONIQUE



Structure Douleur Chronique :

Madame, Monsieur,

Nous vous rappelons votre rendez-vous du

Avec le docteur :

Pour une meilleure prise en charge de votre douleur, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire et de le rapporter le jour de la consultation. Ce questionnaire peut être rempli avec l'aide de votre médecin traitant.

Nous vous rappelons, aussi, que **le courrier du médecin adresseur** est indispensable pour être reçu en consultation.

Merci de ramener le jour de la consultation vos examens radiologiques (radiographies, IRM, Scanner,...), vos comptes rendus médicaux, vos bilans sanguins récents, vos dernières ordonnances ou vos boîtes de médicaments.

En cas d'indisponibilité, merci d'annuler votre rendez-vous à l'avance pour libérer une place de consultation pour un autre patient.

L'équipe de la douleur.

Renseignements personnels et familiaux

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe : Portable :

Situation familiale :

Vous avez des enfants :

Profession :

Médecin traitant :

Qui vous adresse à la consultation de la douleur chronique ?

.....
.....

Traitements

Quels traitements Douleurs prenez-vous actuellement :

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

Antécédents

Problèmes de santé/antécédents familiaux :

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

Problèmes de santé / antécédents personnels médicaux :

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

Problèmes de santé / antécédents personnels chirurgicaux :

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

Histoire des douleurs :

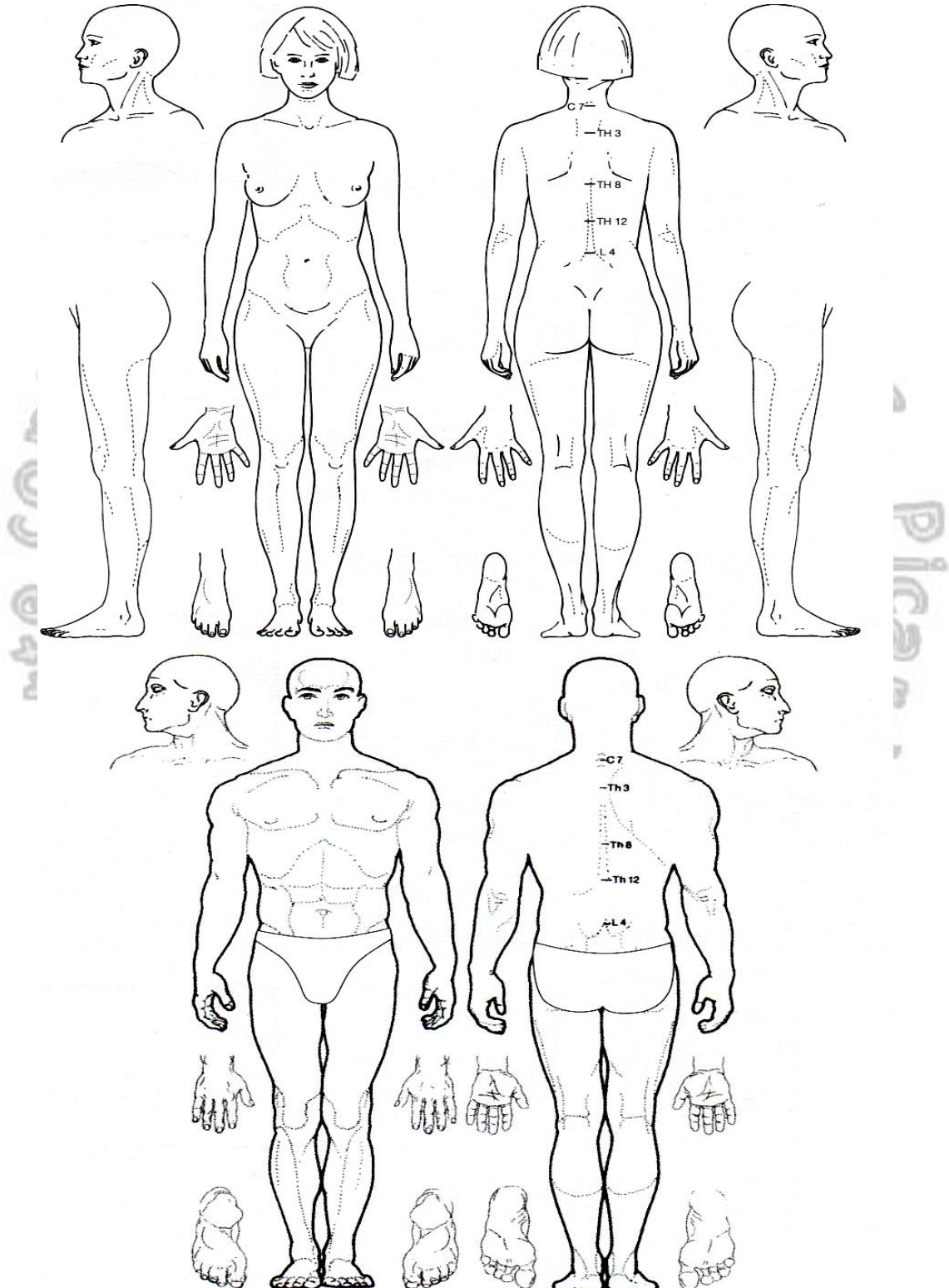
.....
.....
.....
.....
.....

Quelles sont vos attentes par rapport à la consultation douleur :

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

1 - Schéma Corporel

Ceci est votre corps, dessinez vos douleurs, vous pouvez utiliser les couleurs et/ou les légendes que vous souhaitez :



2 - Qualification de la Douleur = Questionnaire Douleur Saint Antoine

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), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0 Absent Non	1 Faible Un peu	2 Modérée modérément	3 Forte beaucoup	4 Extrêmement Forte
Elancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlures					
Fourmillements					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

3 - Echelle de retentissement émotionnel : HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

Echelle HAD*

Echelle du retentissement émotionnel : HAD

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse 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.

D	A	Je me sens tendu ou énervé	
3		la plupart du temps	<input type="checkbox"/>
2		souvent	<input type="checkbox"/>
1		de temps en temps	<input type="checkbox"/>
0		jamais	<input type="checkbox"/>
		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :	
0		oui, tout autant	<input type="checkbox"/>
1		pas autant	<input type="checkbox"/>
2		un peu seulement	<input type="checkbox"/>
3		presque plus	<input type="checkbox"/>
		J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :	
3		oui, très nettement	<input type="checkbox"/>
2		oui, mais ce n'est pas grave	<input type="checkbox"/>
1		un peu, mais cela ne m'inquiète pas	<input type="checkbox"/>
0		pas du tout	<input type="checkbox"/>
		Je ris facilement et vois le bon côté des choses :	
0		autant que par le passé	<input type="checkbox"/>
1		plus autant qu'avant	<input type="checkbox"/>
2		vraiment moins qu'avant	<input type="checkbox"/>
3		plus du tout	<input type="checkbox"/>
		Je me fais du souci	
3		très souvent	<input type="checkbox"/>
2		assez souvent	<input type="checkbox"/>
1		occasionnellement	<input type="checkbox"/>
0		très occasionnellement	<input type="checkbox"/>
		Je suis de bonne humeur	
3		jamais	<input type="checkbox"/>
2		rarement	<input type="checkbox"/>
1		assez souvent	<input type="checkbox"/>
0		la plupart du temps	<input type="checkbox"/>

Echelle HAD*

D	A	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :	
0		oui, quoi qu'il arrive	<input type="checkbox"/>
1		oui, en général	<input type="checkbox"/>
2		rarement	<input type="checkbox"/>
3		jamais	<input type="checkbox"/>
		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :	
3		presque toujours	<input type="checkbox"/>
2		très souvent	<input type="checkbox"/>
1		parfois	<input type="checkbox"/>
0		jamais	<input type="checkbox"/>
		J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :	
0		jamais	<input type="checkbox"/>
1		parfois	<input type="checkbox"/>
2		assez souvent	<input type="checkbox"/>
3		très souvent	<input type="checkbox"/>
		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :	
3		plus du tout	<input type="checkbox"/>
2		je n'y accorde pas pas autant d'attention que je le devrais	<input type="checkbox"/>
1		il se peut que je n'y fasse plus autant attention	<input type="checkbox"/>
0		j'y prête autant d'attention que par le passé	<input type="checkbox"/>
		J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :	
3		oui, c'est tout à fait le cas	<input type="checkbox"/>
2		un peu	<input type="checkbox"/>
1		pas tellement	<input type="checkbox"/>
0		pas du tout	<input type="checkbox"/>
		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	
0		autant qu'auparavant	<input type="checkbox"/>
1		un peu moins qu'avant	<input type="checkbox"/>
2		bien moins qu'avant	<input type="checkbox"/>
3		presque jamais	<input type="checkbox"/>
		J'éprouve des sensations soudaines de panique :	
3		vraiment très souvent	<input type="checkbox"/>
2		assez souvent	<input type="checkbox"/>
1		pas très souvent	<input type="checkbox"/>
0		jamais	<input type="checkbox"/>
		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :	
0		souvent	<input type="checkbox"/>
1		parfois	<input type="checkbox"/>
2		rarement	<input type="checkbox"/>
3		très rarement	<input type="checkbox"/>

4 - Echelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien

Echelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien (QCD)*

Pour chacune des 6 questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Humeur

<i>Ne gêne pas</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Gêne complètement</i>
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Capacité à marcher

<i>Ne gêne pas</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Gêne complètement</i>
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

<i>Ne gêne pas</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Gêne complètement</i>
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Relation avec les autres

<i>Ne gêne pas</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Gêne complètement</i>
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Sommeil

<i>Ne gêne pas</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Gêne complètement</i>
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Goût de vivre

<i>Ne gêne pas</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Gêne complètement</i>
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

5 - Effets de différents facteurs sur les douleurs

	<i>Le facteur augmente la douleur</i>	<i>Le facteur diminue la douleur</i>	<i>Le facteur n'a aucun effet</i>
<i>Alcool</i>			
<i>Stimulant (café)</i>			
<i>Nourriture</i>			
<i>Chaleur</i>			
<i>Froid</i>			
<i>Humidité</i>			
<i>Changement de température</i>			
<i>Massage</i>			
<i>Vibration</i>			
<i>Pression</i>			
<i>Immobilité</i>			
<i>Mouvements ou activités</i>			
<i>Exercices physiques de faible intensité</i>			
<i>Fatigue</i>			
<i>Sommeil / repos</i>			
<i>Distractions</i>			

1 - Que pensez-vous de ce questionnaire concernant vos douleurs ?

.....

.....

.....

.....

.....

2 - Pensez vous que ce type de questionnaire peut aider l'équipe soignante à mieux vous prendre en charge concernant vos douleurs?

.....

.....

.....

.....

