
 SERVICE QUALITÉ 	FORMULAIRE QUESTIONNAIRE DE 1^{ère} CONSULTATION DOULEUR		Référence : FOR-QUA-CLU-005	
			Création le 26/09/2017 Modifié le 17/02/2020	
			Page 1 sur 9	Version 2
Date : Nom : Fonction : Signature :	REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION	
	Le 02/04/2020 Frances CHATELET IDE douleur Médecine D	Le 02/04/2020 Dr Emmanuelle BONNIN Présidente du CLUD	Le 06/04/2020 Christelle SORRENTINO Responsable des Services de Soins	

Ce questionnaire est à compléter afin de procéder à une meilleure prise en charge de votre douleur. Il sera à redonner lors de votre 1^{ère} consultation douleur au Centre Hospitalier de ROYAN – 05.46.39.52.47

Nom : Prénom :

Sexe : F M

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone portable :

domicile :

Nom de votre médecin traitant :

Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Vie maritale Divorcé(e)

Nombre d'enfants et âge :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Êtes-vous : en activité retraité(e) au chômage

Quelle est votre profession (ou domaine d'activité) ?

Êtes-vous en arrêt de travail : oui non

Si oui, depuis quelle date ?

Est-ce un accident de travail ? oui non

Êtes-vous : en invalidité ? oui non

en ALD ? oui non

Si oui, pour quel(s) motifs ?

Envisagez-vous un reclassement professionnel, une reconversion ? oui non

si oui, dans quel domaine d'activité ?

Devez-vous avoir une expertise prochainement (sécurité sociale, COTOREP / MDPH) ? oui non



SITUATION MÉDICALE

Médecins rencontrés pour votre pathologie douloureuse :

-
-
-
-
-

Taille :.....

Poids :.....

Allergies :.....

Antécédents personnels :

➤ **Médicaux** :.....

.....

.....

➤ **Chirurgicaux** (*merci de préciser les années*) :

.....

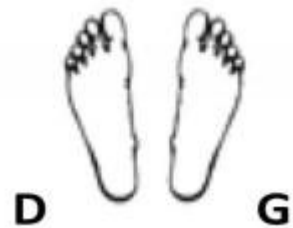
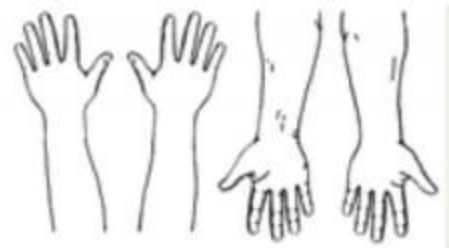
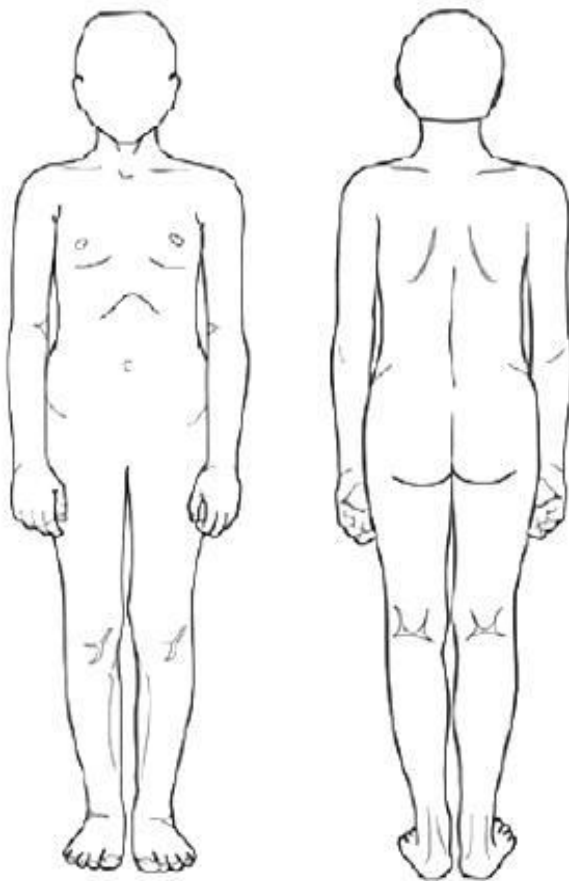
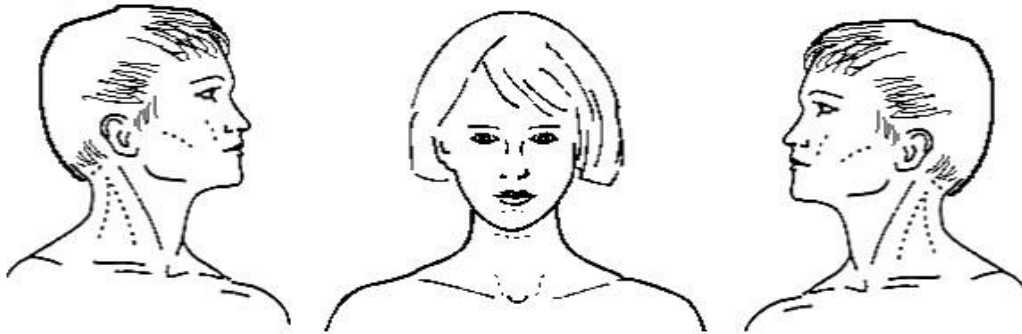
.....

.....



PARCOURS DOULOUREUX

Indiquez sur les schémas suivant, la localisation de votre (vos) douleur(s).



Depuis quand ressentez-vous cette (ces) douleur(s) ?.....

Existe-t-il un événement de vie concomitant au début des douleurs ?

.....
.....



FORMULAIRE
QUESTIONNAIRE DE 1^{ère} CONSULTATION
DOULEUR

Connaissez-vous la cause de votre douleur ? Quelle est-elle ?.....

.....

La douleur est apparue : progressivement brutalement

- La douleur est présente :
- en permanence
 - plusieurs fois par jour
 - plusieurs fois par semaine
 - une fois par semaine environ
 - une fois par mois au moins
 - de manière irrégulière et variable

Comment pouvez-vous décrire votre douleur ?

- brûlure
- engourdissements
- déprimante
- froid douloureux
- démangeaisons
- tiraillement
- décharges électriques
- en étou
- lourdeur
- fourmillements
- insupportable
- déchirure
- picotements
- élancements
- coups de poignard
- autres (*précisez*).....

SVP, sur l'échelle suivante, 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 plus horrible que vous puissiez imaginer					

Maintenant, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux **la douleur la plus intense** que vous ayez ressentie :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pas de douleur					douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer					



Pensez-vous avoir identifié des éléments pouvant-être à l'origine d'une augmentation de votre douleur ? oui non

Si oui, quels sont-ils ?.....
.....
.....

Ou au contraire, des éléments susceptibles de réduire votre douleur ? oui non

Si oui, quels sont-ils ?.....
.....
.....

LES TRAITEMENTS

Quels sont les médicaments que vous avez essayés contre les douleurs qui motivent la consultation, mais que vous ne prenez plus actuellement ?

-
-
-
-
-
-

Quels sont les médicaments que vous prenez actuellement, contre la douleur ? (Précisez *le nom et la dose pour chaque médicament*)

-
-
-
-
-
-



FORMULAIRE
QUESTIONNAIRE DE 1^{ère} CONSULTATION
DOULEUR

De quels autres traitements avez-vous déjà bénéficié pour les douleurs qui motivent la consultation ?

- massages
- acupuncture
- kinésithérapie
- psychothérapie
- rééducation
- relaxation
- ostéopathie
- sophrologie
- hypnose
- stimulation électrique (TENS)
- infiltration
- cure thermale
- autres (*précisez*) :
-
-

Quels sont les examens complémentaires (radiographies, scanner, IRM...) que vous avez réalisés, en lien avec votre pathologie douloureuse ?

EXAMENS	DATE	RESULTATS



RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR

Pensez-vous que votre sommeil est : efficace insuffisant mauvais

Actuellement, quel est votre temps de sommeil ?

Qu'est-ce que vos douleurs ont changé dans votre vie ?

- troubles du sommeil anxiété dépression
- incapacité fonctionnelle incapacité professionnelle
- modification de l'humeur baisse des loisirs autres

Développez SVP :

.....

.....

.....

.....

Autre(s) chose(s) à ajouter ?

.....

.....

.....

.....

Merci de votre participation et pour les plus motivés, encore 2 questionnaires à compléter !

Date :

Signature :



QUESTIONNAIRE FIRST

Compléter ce questionnaire en répondant par **oui** ou par **non** à chacune des questions suivantes :
 (mettre une croix dans la case correspondante)

	OUI	NON
Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps		
Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente		
Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales comme des fourmillements, des picotements ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes		
Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier, sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti		



QUESTIONNAIRE HAD

Compléter ce questionnaire en entourant le chiffre correspondant à votre réponse :

A. Je me sens tendu ou énervé :

La plupart du temps	3
Souvent	2
De temps en temps	1
Jamais	0

D. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :

Oui, tout autant	0
Pas autant	1
Un peu seulement	2
Presque plus du tout	3

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

Oui, très nettement	3
Oui, mais ce n'est pas trop grave	2
Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1
Pas du tout	0

D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses :

Toujours autant	0
Plutôt moins	1
Nettement moins	2
Plus du tout	3

A. Je me fais du souci :

Très souvent	3
Assez souvent	2
Occasionnellement	1
Très occasionnellement	0

D. Je me sens gai et de bonne humeur :

Jamais	3
Rarement	2
Assez souvent	1
La plupart du temps	0

A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu :

Jamais	3
Rarement	2
Oui, en général	1
Oui, toujours	0

D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

Pratiquement tout le temps	3
Très souvent	2
Quelquefois	1
Jamais	0

A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai comme une boule dans la gorge :

Très souvent	3
Assez souvent	2
Parfois	1
Jamais	0

D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

Totalement	3
Je n'y fais plus attention	2
Je n'y fais plus assez attention	1
J'y fais attention comme d'habitude	0

A. Je ne tiens pas en place :

Oui, c'est tout à fait le cas	3
Un peu	2
Pas tellement	1
Pas du tout	0

D. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses :

Comme d'habitude	0
Plutôt moins qu'avant	1
Beaucoup moins qu'avant	2
Pas du tout	3

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

Très souvent	3
Assez souvent	2
Rarement	1
Jamais	0

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

Souvent	0
Parfois	1
Rarement	2
Pratiquement jamais	3

Maintenant, faites le total des points cumulés :

Total A :

Total D :