



QUESTIONNAIRE DE 1^{ère} CONSULTATION DOULEUR

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 Royan-Atlantique.

Tél. : 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 :**

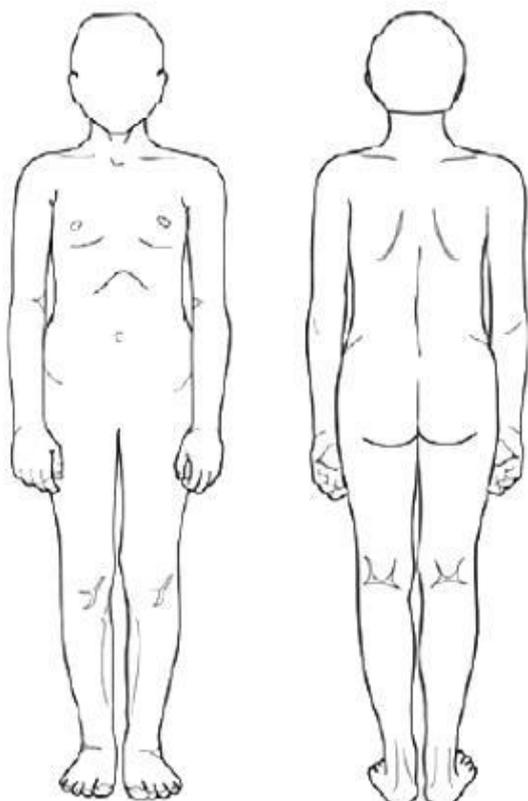
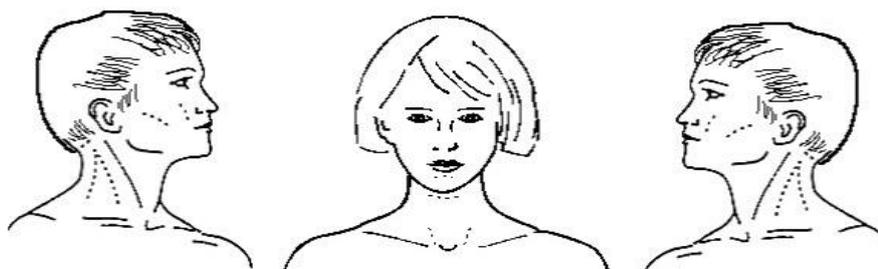
.....
.....
.....

➤ **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 ?

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

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 ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> brûlure | <input type="checkbox"/> engourdissements | <input type="checkbox"/> déprimante |
| <input type="checkbox"/> froid douloureux | <input type="checkbox"/> démangeaisons | <input type="checkbox"/> tiraillement |
| <input type="checkbox"/> décharges électriques | <input type="checkbox"/> en étou | <input type="checkbox"/> lourdeur |
| <input type="checkbox"/> fourmillements | <input type="checkbox"/> insupportable | <input type="checkbox"/> déchirure |
| <input type="checkbox"/> picotements | <input type="checkbox"/> élancements | <input type="checkbox"/> coups de poignard |
| <input type="checkbox"/> autres (<i>précisez</i>)..... | | |

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*)

-
-
-
-
-
-

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

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> massages | <input type="checkbox"/> acupuncture | <input type="checkbox"/> kinésithérapie |
| <input type="checkbox"/> psychothérapie | <input type="checkbox"/> rééducation | <input type="checkbox"/> relaxation |
| <input type="checkbox"/> ostéopathie | <input type="checkbox"/> sophrologie | <input type="checkbox"/> hypnose |
| <input type="checkbox"/> stimulation électrique (TENS) | <input type="checkbox"/> infiltration | |
| <input type="checkbox"/> cure thermale | <input type="checkbox"/> autres (<i>précisez</i>) : | |
| | | |
| | | |

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 3 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 :



QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Nom : Prénom : Date :

 Homme Femme

Age :

Instructions :

Ce questionnaire comporte 13 séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans la série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

A	Je ne me sens pas triste	0
	Je me sens cafardeux ou triste	1
	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et n'arrive pas à en sortir	2
	Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter	3
B	Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir	0
	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir	1
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer	2
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer	3
C	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie	0
	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens	1
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs	2
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon ma femme, mes enfants)	3
D	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait	0
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances	1
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit	2
	Je suis mécontent de tout	3
E	Je ne me sens pas coupable	0
	Je me sens mauvais ou indique une bonne partie du temps	1
	Je me sens coupable	2
	Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien	3
F	Je ne suis pas déçu par moi-même	0
	Je suis déçu par moi-même	1
	Je me dégoûte moi-même	2
	Je me hais	3
G	Je ne pense pas à me faire du mal	0
	Je pense que la mort me libèrerait	1
	J'ai des plans précis pour me suicider	2
	Si je le pouvais, je me tuerais	3

Tournez la page SVP



8

H	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens	0
	Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois	1
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux	2
	J'ai perdu tout l'intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement	3
I	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume	0
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision	1
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions	2
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision	3
J	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant	0
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux	1
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux	2
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant	3
k	Je travaille aussi facilement qu'auparavant	0
	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose	1
	Il faut que je fasse un très grand effort pour quoi que ce soit	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail	3
L	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude	0
	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude	1
	Faire quoi que ce soit me fatigue	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail	3
M	Mon appétit est toujours aussi bon	0
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude	1
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant	2
	Je n'ai plus du tout d'appétit	3