



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR ENDOMÉTRIOSE

Dr Evelyne PEREZ

Ce questionnaire est préparation à la consultation. Il a pour but de préciser la douleur que vous ressentez et son retentissement.

Nous vous demandons de répondre à toutes les questions mais si l'une d'elles vous pose un problème, ne vous y arrêtez pas. Elle sera abordée lors de la consultation.

Vous pouvez vous faire aider de votre médecin traitant.

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Sexe : F M

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone : Adresse mail :

Profession :

Profession du conjoint :

Vous êtes :

Célibataire Marié(e) En concubinage

Séparé(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Nombre de personnes habitant sous votre toit :

1. FERTILITÉ

• Avez-vous des enfants : oui non

➤ Si oui combien :

• Avez-vous une infertilité : oui non

• Etes-vous dans une démarche de procréation médicalement assistée (AMP) ? oui non

➤ Si oui quels traitements et combien en avez-vous eu :

○ Stimulation : oui non Combien :

○ IUI (Insémination Intra-Utérine) : oui non Combien :

○ FIV : oui non Combien :

➤ Avez-vous eu des complications de l'AMP :

○ Hyperstimulation : oui non

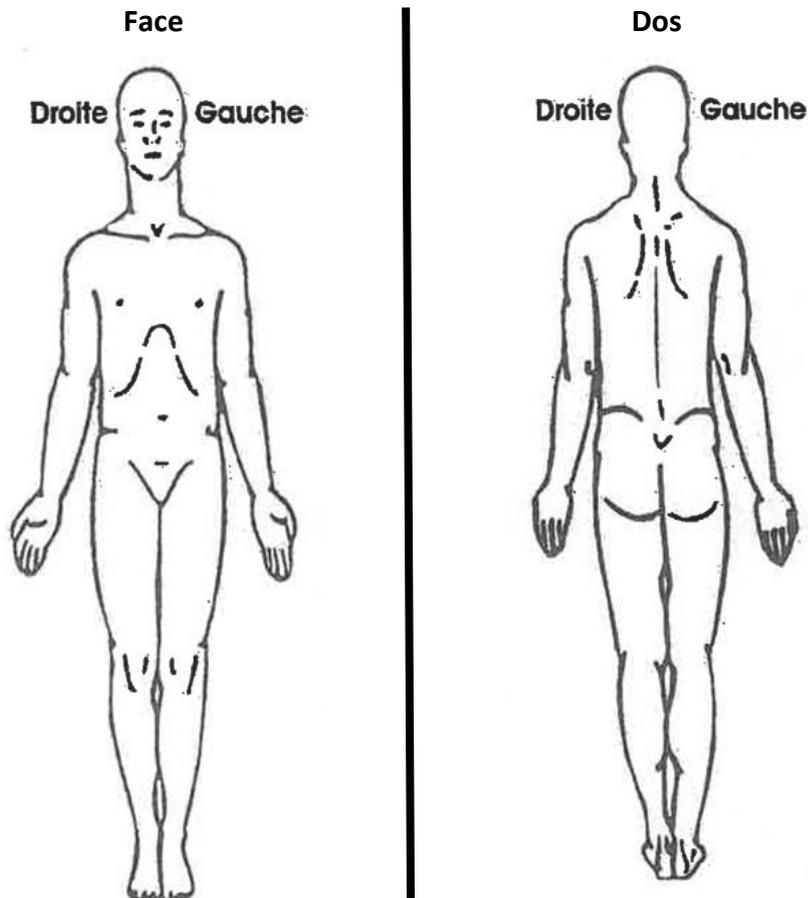
○ Infection : oui non

○ Hématome : oui non

2. LOCALISATION DE LA DOULEUR

Sur le dessin ci-dessous :

- Hachurez (////) la zone douloureuse
- Mettez une croix (X) dans la région la plus douloureuse
- Indiquez par des flèches (→) le trajet des irradiations



La douleur se situe :

- Toujours au même endroit
- Le plus souvent à droite
- Le plus souvent à gauche
- A des contours flous
- En profondeur

- Change souvent d'emplacement
- En surface
- A des contours nets
- A des contours nets

Période de douleur :

- Pendant les règles
- Pendant et en dehors des règles
- En dehors des règles
- Je n'ai pas de règles

➤ Si vos douleurs surviennent pendant les règles, elles sont apparues :

- Dès les premières règles
- Plus tard A quel âge : ans

3. LES MOTS DE LA DOULEUR

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez actuellement (depuis les 15 derniers jours), répondez en mettant une croix (X) pour la réponse correcte :

Questionnaire A :

	0	1	2	3	4
	Absent Non	Faible Un peu	Modéré Modérément	Fort Beaucoup	Extrêmement Fort
Elancements					
Pénétrante					
Coup de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Décharge électrique					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Questionnaire B :

Dans la zone douloureuse que ressentez-vous ?

<i>La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ? (Faites une croix)</i>	OUI	NON
Brûlures		
Sensation de froid douloureux		
Décharges électriques		
<i>La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ? (Faites une croix)</i>	OUI	NON
Fourmillements		
Picotements		
Engourdissement		
Démangeaisons		

4. LE THERMOMÈTRE DE LA DOULEUR

La ligne ci-dessous représente « un thermomètre » de la douleur, indiquez par une croix :

a. Le niveau habituel de votre douleur :

PAS DE DOULEUR-----DOULEUR MAXIMUM IMAGINABLE

b. Le niveau de votre douleur dans les pires moments :

PAS DE DOULEUR-----DOULEUR MAXIMUM IMAGINABLE

c. Le niveau de votre douleur dans les meilleurs moments :

PAS DE DOULEUR-----DOULEUR MAXIMUM IMAGINABLE

5. LA DOULEUR

Pour les questions 1 à 5, veuillez à chaque fois ne donner qu'une seule réponse.

1) La douleur est présente depuis :

- Quelques jours
- Quelques semaines
- Quelques mois
- Plus de 6 mois
- Plus d'une année
- Quelques années

2) La douleur depuis le début :

- A augmenté
- A diminué
- Est restée semblable

3) Quelle est la fréquence de vos douleurs ?

- Sans interruption
- Une fois par jour
- Plus d'une fois par jour
- Plus d'une fois par semaine
- Moins d'une fois par semaine
- Variable

4) A quel moment de la journée vos douleurs sont-elles plus fortes ?

- Matin
- Après-midi
- Dès le réveil
- Soir
- Nuit
- Tout le temps
- Variable

5) Vous sentez-vous :

- Pas plus fatigué que d'habitude
- Plus fatigué que d'habitude
- Fatigué quoi que vous fassiez
- Incapable de faire le moindre travail

6) Habitudes :

- Fumez-vous ? OUI NON
- Faites-vous du sport ? OUI NON
- Buvez-vous de l'alcool ? OUI NON
- Prenez-vous des contraceptifs ? OUI NON

7) Prenez-vous des médicaments autres que contre la douleur ?

OUI NON

• Si oui, lesquels ?

.....
.....

8) Comment a-t-on traité vos douleurs ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Relaxation |
| <input type="checkbox"/> Opérations | <input type="checkbox"/> Ondes (ultra violet) |
| <input type="checkbox"/> Acupuncture | <input type="checkbox"/> Ondes (infrarouges) |
| <input type="checkbox"/> Infiltration | <input type="checkbox"/> Physiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Psychothérapie | <input type="checkbox"/> Bains |
| <input type="checkbox"/> Hypnose | <input type="checkbox"/> Cures thermales |
| <input type="checkbox"/> Sophrologie | |

9) Contre vos douleurs quels traitements vous aident le plus ?

.....

.....

.....

10) Comment s-t-on traité votre endométriose ?

• **MÉDICAMENTS**

- Traitement hormonal : OUI NON

Si OUI,

➤ **Progestatif** : OUI NON

Si OUI, précisez :

○ Traitement continu : OUI NON

○ Traitement discontinu : OUI NON

Durée du traitement en mois :

➤ **Oestroprogestatif** : OUI NON

Si OUI, précisez :

○ Traitement continu : OUI NON

○ Traitement discontinu : OUI NON

Durée du traitement en mois :

➤ **Analogue** : OUI NON

Si OUI, précisez :

○ Nombre de cures :

Durée du traitement en mois :

• **CHIRURGIE**

- Laparotomie : OUI NON

Nombre d'opérations réalisées :

- Coelioscopie : OUI NON

Nombre de coelioscopies réalisées :

➤ Si OUI, gestes réalisées :

○ Chirurgie complète de l'endométriose péritonéale : OUI NON

○ Chirurgie incomplète pré-AMP : OUI NON

○ Résection digestive : OUI NON

○ Cystectomie partielle : OUI NON

11) Quels sont les traitements à venir dans les prochains mois ?

- PMA : OUI NON
- MÉDICAMENTS : OUI NON
- CHIRURGIE : OUI NON

12) Au cours des quatre dernières semaines quelle est l'importance de la gêne que vous avez ressentie du fait de votre endométriose dans : (Mettre une X dans la case)

	Aucune	Faible	Modérée	Forte	Totale
Les rapports sexuels					
Le travail domestique ou professionnel					
Le sommeil					
Les activités sociales ou de loisirs					
Aller à la selle					
Les relations avec vos proches					

13) Comment vivez-vous votre douleur ?

Chacun d'entre nous peut présenter une douleur au cours de sa vie. Il peut s'agir d'un mal de tête, d'une douleur dentaire, d'une douleur musculaire ou articulaire. Il est fréquent que nous soyons confrontés à des situations génératrices de douleur, telle qu'une maladie, une blessure, des soins dentaires ou une intervention chirurgicale.

Nous souhaiterions savoir quels types de sentiments et d'émotions vous pouvez ressentir quand vous avez mal.

Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant plusieurs types de sentiments et émotions pouvant être liés à la douleur. Veuillez indiquer au moyen de l'échelle ci-dessous à quel point vous ressentez ces sentiments et émotions quand vous avez mal.

Répondez à toutes les questions en faisant une croix dans les cases qui correspondent le mieux à votre état de ces quatre dernières semaines.

Quand j'ai mal :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	En permanence
Je me préoccupe constamment de savoir si la douleur s'arrêtera					
J'ai l'impression que ne je pourrai pas continuer ainsi					
C'est terrible et je pense que ça ne s'améliore jamais					
C'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi					
J'ai l'impression de ne plus pouvoir supporter la douleur					
J'ai peur que la douleur s'aggrave					
Je ne cesse de penser à d'autres expériences douloureuses					
Je souhaite avec angoisse que la douleur disparaisse					

<u>Quand j'ai mal :</u>	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	En permanence
Je ne peux pas m'empêcher d'y penser					
Je ne cesse de penser à quel point ça fait mal					
Je ne cesse de penser à quel point je veux que la douleur disparaisse					
Il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur					
Je me demande s'il va m'arriver quelque chose de grave					

14) Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois du fait de votre endométriose : (Faites une croix)

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous éprouvé des difficultés à marcher à cause de douleurs ?					
Avez-vous eu l'impression que vos symptômes réglaiement votre vie ?					
Avez-vous eu des changements d'humeur ?					
Avez-vous eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?					
Avez-vous eu l'impression que votre apparence a changée ?					

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer vos obligations professionnelles à cause des douleurs ?					
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de votre (vos) enfants ?					
Vous êtes-vous sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?					
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans la tête ?					
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?					
Vous êtes-vous sentie déprimée face à l'éventualité de ne pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?					

15) Estimez-vous que les informations que l'on vous a données sur vos douleurs sont :

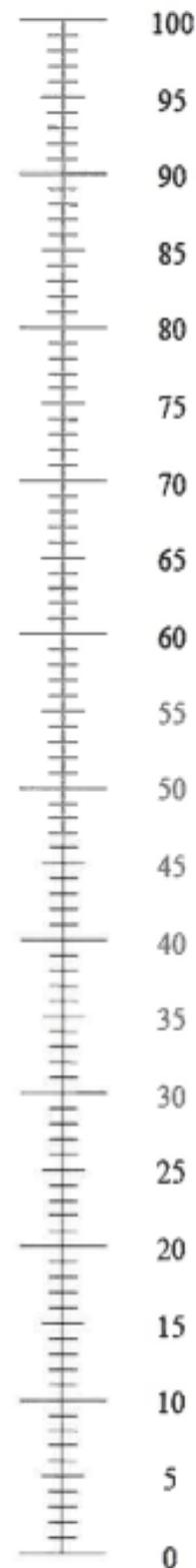
- Inexistantes
- Insuffisantes
- Suffisantes
- Très bonnes

La meilleure santé que vous puissiez imaginer

16) Votre jugement sur votre état de santé

- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI
- Cette échelle est numérotée de 0 à 100
- 100 correspond à la **meilleure** santé que vous puissiez imaginer
- 0 correspond à la **pire** santé que vous puissiez imaginer
- Veuillez faire une croix (X) sur l'échelle afin d'indiquer votre état de santé AUJOURD'HUI
- Maintenant, veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l'échelle

VOTRE SANTÉ AUJOURD'HUI =



La pire santé que vous puissiez imaginer



EVALUATION ENDOMÉTRIOSE

« Comment je me sens »

Les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Avec ce questionnaire, votre médecin saura mieux vous aider en l'informant des émotions que vous éprouvez quotidiennement.

Lisez chaque série de questions et cochez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous avez éprouvé au cours des derniers jours, sans prêter attention aux chiffres. Tentez de répondre instinctivement, votre réponse en sera plus significative qu'après réflexion.

Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

3 la plupart du temps
 2 souvent
 1 de temps en temps
 0 jamais

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

0 oui, tout autant
 1 pas autant
 2 un peu seulement
 3 presque plus

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

3 oui, très nettement
 2 oui, mais ce n'est pas grave
 1 un peu, mais cela ne m'inquiète pas
 0 pas du tout

Je ris facilement et je vois le bon côté des choses :

0 autant que par le passé
 1 plus autant qu'avant
 2 vraiment moins qu'avant
 3 plus du tout

Je me fais du souci

3 très souvent
 2 assez souvent
 1 occasionnellement
 0 très occasionnellement

Je suis bonne humeur

3 jamais
 2 rarement
 1 assez souvent
 0 la plupart du temps

Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

0 oui, quoi qu'il arrive
 1 oui, en général
 2 rarement
 3 jamais

D A

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

3 presque toujours
 2 très souvent
 1 parfois
 0 jamais

J'éprouve des sensations de peur (estomac noué)

0 jamais
 1 parfois
 2 assez souvent
 3 très souvent

Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

3 plus du tout
 2 je n'y accorde pas autant d'attention que je ne le devrais
 1 il se peut que je n'y fasse plus autant attention
 0 j'y prête autant attention que par le passé

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

3 oui, c'est tout à fait le cas
 2 un peu
 1 pas tellement
 0 pas du tout

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

0 autant qu'auparavant
 1 un peu moins qu'avant
 2 bien moins qu'avant
 3 presque jamais

J'éprouve des sensations soudaines de panique :

3 vraiment très souvent
 2 assez souvent
 1 pas très souvent
 0 jamais

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou TV :

0 souvent
 1 parfois
 2 rarement
 3 très rarement

D A