

Questionnaire à renseigner avec l'aide du médecin traitant ou médecin demandeur de la consultation (P1 à 3)**FORMULAIRE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS A LA CONSULTATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE**

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom : Sexe : Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance (Pays/ ville) :

Adresse :

.....

Tél : mail :

MOTIF DE LA CONSULTATION :Est-ce vous qui souhaitez cette consultation ? oui ; non c'est mon médecin (traitant, spécialiste)

Médecin Traitant :

Médecin Adresseur :

 J'autorise l'équipe pluridisciplinaire de la consultation « Douleur Chronique » à partager entre elle les informations me concernant afin de me proposer la prise en charge la plus adaptée dans le cadre de mon parcours patient.

Signature :

VOUS CONCERNANT**❖ SITUATION FAMILIALE** Célibataire Marié(e)/ Pacs Concubinage Divorcé(e) Veuf (e)Enfant(s) non oui, nombre : et leur Age :**❖ SITUATION PROFESSIONNELLE**

Profession / Formation :

<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Retraité(e)	<input type="checkbox"/> Chômeur(se)	<input type="checkbox"/> Sans emploi
<input type="checkbox"/> Accident de travail	<input type="checkbox"/> Maladie professionnelle	<input type="checkbox"/> Litige	<input type="checkbox"/> Arrêt Maladie
<input type="checkbox"/> Invalidité	<input type="checkbox"/> Longue maladie	<input type="checkbox"/> RQTH* (*Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé)	

Date du début : (retraite, arrêt de travail..)/...../.....

ANTECEDENTS PERSONNELS	
MEDICAUX :	CHIRURGICAUX : <i>(merci de noter les dates)</i>
OBSTETRIQUES : <i>(merci de noter les dates)</i>	ALLERGIES ET INTOLERANCES
HISTOIRE DE VOTRE/ VOS DOULEUR(S)	
Examens complémentaires déjà réalisés :	Résultats :
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
Consultation(s) Spécialisée(s) réalisée(s) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui lesquelles et dates :	

Avez-vous déjà été pris en charge en consultation douleur ? oui non

Si oui, à quel endroit :

Depuis combien de temps ressentez-vous vos douleur :(Date si vous la connaissez :/...../.....)

Comment cela a commencé, à la suite de quel évènement ?

d'un accident ? d'un accident de travail ? d'une maladie ? d'un effort ? d'une opération

Autres

Depuis le début vos douleurs ont : augmenté diminué sont identiques

La douleur est-elle apparue : brutalement progressivement

Qu'est-ce qui semble **aggraver** vos douleurs (positions, mouvements...) :

.....

Qu'est-ce qui semble **calmer** vos douleurs ? Dans quelles situations êtes-vous confortable (même quelques minutes) ?

.....

.....



Traitement actuel (+ anti-douleur :) **Merci d'apporter le jour de la consultation votre dernière ordonnance**

-

-

-

-

-

Lesquels ont été efficaces ?

-

-

-

-

Lesquels ont été mal supportés ?

-

-

-

-

Autres thérapeutiques : (cocher celles essayées et leur efficacité par « oui » « non », si pas essayées ne rien cocher)

kinésithérapie, efficacité : oui non : le/..../..... Froid/ Chaud, efficacité : oui non : le/..../.....

Ostéopathie, efficacité : oui non : le/..../..... Bains écossais, efficacité : oui non : le/..../.....

Acupuncture, efficacité : oui non : le/..../..... Soutien psychologique, efficacité : oui non : le/..../.....

Infiltration, efficacité : oui non : le/..../..... Thérapies psychocorporelles, efficacité : oui non : le/..../.....

Cure Thermale, efficacité : oui non : le .../.../..... Repos, efficacité : oui non : le/..../.....

Neurostimulation externe (TENS) efficacité : oui non : le/..../.....

Autres, lesquelles :efficacité : oui non : le .../.../.....

Pratiquez-vous une activité physique ? oui non Si oui : laquelle/ lesquelles :

A quel rythme :

tous les jours, durée : toutes les semaines, durée : de temps en temps, durée :

Merci de noter ce qui est, **oui** ou **non**, une aide pour vous face à la douleur

La famille	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	La spiritualité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le travail	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Les loisirs (les noter)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Les amis	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Autre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Qu'aimez-vous faire :

- Quelles sont vos attentes en venant à la consultation douleur :

.....

.....

.....

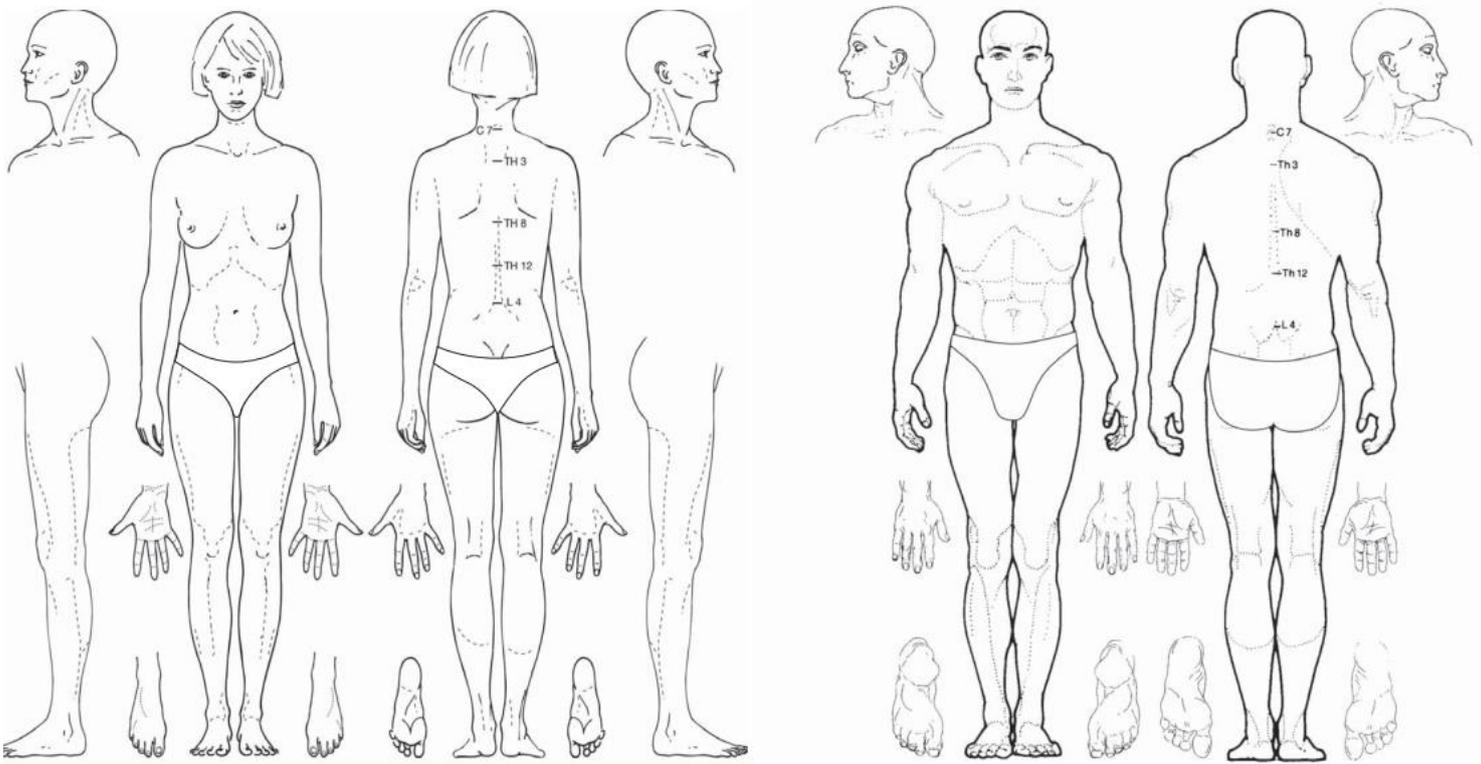
.....

MESURE DE L'INTENSITE DE LA DOULEUR

A COMPLETER LA VEILLE DE LA CONSULTATION

ALGOGRAMME

Merci de noter au stylo **rouge** l'emplacement des douleurs pour lesquelles votre médecin vous adresse à la consultation



QUESTIONNAIRE FIRST (Version française)

DEPUIS AU MOINS 3 MOIS	OUI	NON
1. Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps		
2. Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente		
3. Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges, ou des crampes		
4. Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements ou d sensations d'engourdissement, dans tout mon corps.		
5. Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes.		
6. 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		



RETENTISSEMENT SUR LA VIE QUOTIDIENNE

Questionnaire : BPI

Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents). Avez-vous ressenti d'autres douleurs de ce type de douleur « familières » **aujourd'hui** ? OUI NON

Evaluation de la douleur selon une échelle numérotée de 0 à 10 permettant d'évaluer l'intensité de la douleur. Il s'agit d'une évaluation personnelle et subjective. Merci d'entourer la réponse correspondante dans le tableau ci-dessous

0 = pas de douleur ; **1 - 3** = douleur faible ; **4 - 5** = douleur modérée ; **6 - 7** = douleur intense ; **8 - 10** = douleur intense

Douleur la plus intense durant ces dernières 24h	<i>Pas de douleur 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 . 8 . 9. 10 douleur maximale imaginable</i>
Douleur la plus faible des dernières 24h	<i>Pas de douleur 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 . 8 . 9. 10 douleur maximale imaginable</i>
Description de la douleur en général	<i>Pas de douleur 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 . 8 . 9. 10 douleur maximale imaginable</i>
Niveau acceptable de la douleur	<i>Pas de douleur 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 . 8 . 9. 10 douleur maximale imaginable</i>

La semaine dernière, quel soulagement les traitements / médicaments que vous prenez, vous ont-ils apporté en % 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Pour chaque question, entourez le chiffre qui décrit le mieux la douleur qui vous gêne dans votre vie quotidienne

	Pas de gêne					Gêne complètement					
--	-------------	--	--	--	--	-------------------	--	--	--	--	--

Humeur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Activité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Capacité à marcher	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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
Relation avec les autres	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sommeil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Goût de vivre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pour chaque question, entourez le chiffre qui décrit le mieux, **semaine dernière**, la douleur a gêné votre :

A COMPLETER LA VEILLE DE LA CONSULTATION

Humeur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Activité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Capacité à marcher	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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
Relation avec les autres	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sommeil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Goût de vivre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



Echelle H.A.D

Comment vous sentez-vous ?.....

Evaluez par une note de 0 à 10 comment vous vous sentez moralement. Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse.

(0 indique « je ne me sens pas bien du tout » et 10 indique « je me sens parfaitement bien »)

Je ne me sens pas bien du tout	Je me sens parfaitement bien
0	10

Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide : votre réaction est celle qui correspond le mieux à votre état actuel.

<p>1 Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plupart du temps - Souvent - de temps en temps - jamais 	3 2 1 0	<p>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <ul style="list-style-type: none"> - presque toujours - très souvent - parfois - jamais 	3 2 1 0
<p>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - oui, tout autant - pas autant - un peu seulement - presque plus 	0 1 2 3	<p>9 J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</p> <ul style="list-style-type: none"> - jamais - parfois - assez souvent - très souvent 	0 1 2 3
<p>3 J'ai une sensation de peur comme si quelque d'horrible allait m'arriver</p> <ul style="list-style-type: none"> - oui, très nettement - oui, mais ce n'est pas trop grave - un peu mais cela ne m'inquiète pas - pas du tout 	3 2 1 0	<p>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence</p> <ul style="list-style-type: none"> - plus du tout - je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais - il se peut que je n'y fasse plus autant attention - j'y prête autant d'attention que par le passé 	3 2 1 0
<p>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - autant que par le passé, - plus autant qu'avant - vraiment moins qu'avant - plus du tout 	0 1 2 3	<p>11 J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</p> <ul style="list-style-type: none"> - oui, c'est tout à fait le cas - un peu - pas tellement - pas du tout 	3 2 1 0
<p>5 Je me fais du souci</p> <ul style="list-style-type: none"> - très souvent - assez souvent - occasionnellement - très occasionnellement 	3 2 1 0	<p>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - autant qu'avant - un peu moins qu'avant - bien moins qu'avant - presque jamais 	0 1 2 3
<p>6. Je suis de bonne humeur</p> <ul style="list-style-type: none"> - jamais - rarement - assez souvent - la plupart du temps 	3 2 1 0	<p>13 J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - vraiment très souvent - assez souvent - pas très souvent - jamais 	3 2 1 0
<p>7 Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e):</p> <ul style="list-style-type: none"> - oui, quoi qu'il arrive - oui, en général - rarement - jamais 	0 1 2 3	<p>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :</p> <ul style="list-style-type: none"> - souvent - parfois - rarement - très rarement 	0 1 2 3

Cadre Réservé à l'équipe	Additionnez les points des réponses 1 3 5 7 9 10 11 13 Total A =
	Additionnez les points des réponses 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 Total D =



Echelle des pensées catastrophiques

Chacun d'entre nous aura à subir des expériences douloureuses. Cela peut-être la douleur associée aux maux de tête, à un mal de dent, ou encore la douleur musculaire ou aux articulations. Il nous arrive souvent d'avoir à subir des expériences douloureuses et elles que la maladie, une blessure, un traitement dentaire ou une intervention chirurgicale. Dans le présent questionnaire, nous vous demandons de décrire le genre de pensées et d'émotions que vous avez quand vous avez de la douleur. Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant différentes pensées et émotions qui peuvent être associées à la douleur.

Veillez indiquer à quel point vous avez ces pensées et émotions, selon l'échelle ci-dessous, quand vous ressentez de la douleur

0 = pas du tout – 1 = Quelque peu – 2 = de façon modérée – 3 = beaucoup – 4 = tout le temps					
	0	1	2	3	4
1. Je crains que la douleur n'ait pas de fin					
2. Je sens que je ne peux pas continuer					
3. C'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais					
4. C'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi					
5. Je sens que je ne peux plus supporter la douleur					
6. J'ai peur que la douleur empire					
7. Je ne fais que penser à d'autres expériences douloureuses					
8. Avec inquiétude, je souhaite que la douleur disparaisse					
9. Je ne peux m'empêcher d'y penser					
10. je ne fais que penser à quel point ça fait mal					
11. je ne fais que penser à quel point je veux que la douleur disparaisse					
12. il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur					
13. je me demande si quelque chose de grave va se produire					
Score					