

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Ce questionnaire est un outil d'aide à la consultation d'évaluation et de traitement de la douleur. Il a pour but de préciser la douleur que vous ressentez, ainsi que 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 aussi vous faire aider par votre médecin référent pour la première partie.

Cet auto-questionnaire devra être adressé au secrétariat de la consultation d'évaluation et de traitement de la douleur afin qu'il soit évalué et que l'on puisse vous proposer un rendez-vous.

Date :
 Nom : Nom de jeune fille :
 Prénom : Date de naissance : / /
 Adresse :
 Téléphone : ../ ../ ../ ../ .. ou ../ ../ ../ ../ .. Profession :

Motif de demande de consultation :

Médecin Traitant:..... Téléphone :.....

Médecin qui vous adresse à la consultation :.....

Avez-vous déjà été pris en charge en consultation douleur (autre que celle du centre hospitalier de Valenciennes) :

- Oui , à quel endroit.....
- Non

Antécédents médicaux (maladie)	Antécédents chirurgicaux (+date)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Traitement médicamenteux actuel :

Autres thérapeutiques :

<input type="checkbox"/> kinésithérapie	<input type="checkbox"/> balnéothérapie	<input type="checkbox"/> relaxation
<input type="checkbox"/> gym	<input type="checkbox"/> application de chaud	<input type="checkbox"/> application de froid
<input type="checkbox"/> neurostimulation	<input type="checkbox"/> psychothérapie	<input type="checkbox"/> ostéopathie
<input type="checkbox"/> acupuncture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examens qui ont été réalisés et résultats

Examens effectués	Résultats

Traitement que vous avez déjà testé et arrêté (et pourquoi)

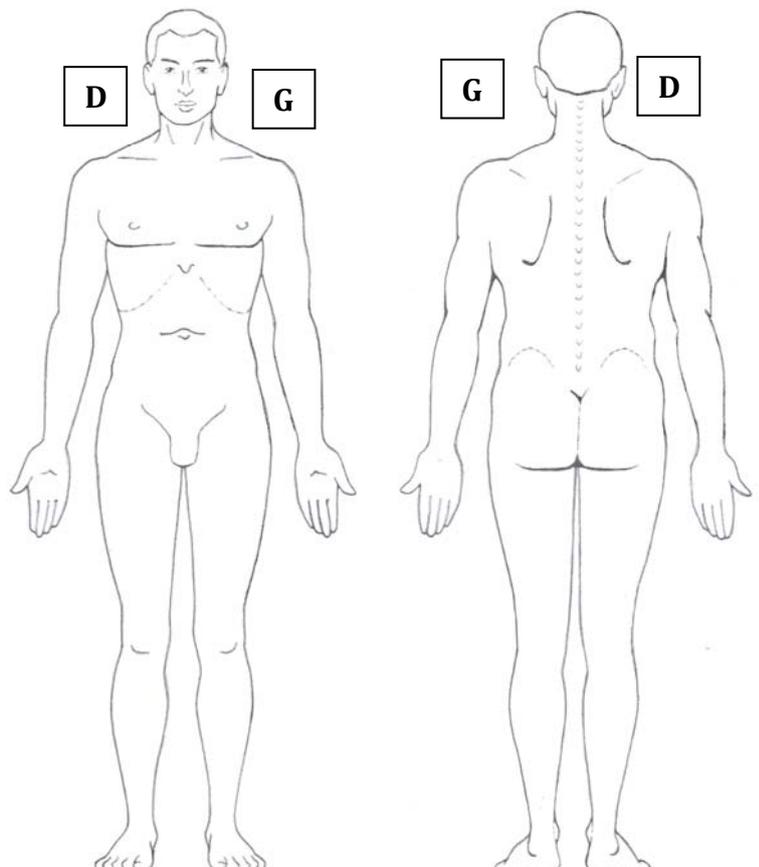
Traitement testé	Causes de l'arrêt du traitement

Cette partie doit être remplie par le patient lui-même :

LOCALISATION DE LA DOULEUR

Sur le dessin ci-dessous :

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



MESURE DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR

Vous trouverez ci-dessous une échelle numérotée de 0 à 10 permettant d'évaluer l'intensité de votre douleur. Il s'agit d'une évaluation personnelle et subjective, en aucun cas il ne faut vous comparer à une personne douloureuse de votre entourage.

Le chiffre 0 correspond à « pas de douleur », le chiffre 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

Douleur au moment présent										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Niveau acceptable de la douleur										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1. QUALIFICATIFS 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 une quinzaine de jours), répondez en mettant une croix pour la réponse qui vous convient :

	0 Absent	1 Faible	2 Modéré	3 Fort	4 Extrêmement fort
Elancements					
Pénétrante					
Coup de poignard					
En étai					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Décharges électriques					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

<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>		
Fourmillements		
Picotements		
Engourdissements		
Démangeaisons		

2. ÉVALUATION DU RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR

La persistance d'une douleur (au delà de plusieurs mois) a fréquemment un retentissement sur les émotions, votre médecin de la douleur doit également en prendre compte pour vous aider à surmonter la douleur. Ces questionnaires ont été conçus de façon à lui permettre de se familiariser au mieux avec ce que vous éprouvez. Ne faites pas attention aux chiffres imprimés à droite du questionnaire, lisez chaque série de questions et cochez avec le maximum de spontanéité ce qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine précédente.

Je me sens tendu ou énervé		
<input type="checkbox"/>	Jamais	0
<input type="checkbox"/>	De temps en temps	1
<input type="checkbox"/>	Souvent	2
<input type="checkbox"/>	La plupart du temps	3
Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois		
<input type="checkbox"/>	Oui, tout autant	0
<input type="checkbox"/>	Pas autant	1
<input type="checkbox"/>	Un peu seulement	2
<input type="checkbox"/>	Presque plus	3
J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver		
<input type="checkbox"/>	Pas du tout	0
<input type="checkbox"/>	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1
<input type="checkbox"/>	Oui, mais ce n'est pas grave	2
<input type="checkbox"/>	Oui, très nettement	3
Je ris facilement et vois le bon côté des choses		
<input type="checkbox"/>	Autant que par le passé	0
<input type="checkbox"/>	Plus autant qu'avant	1
<input type="checkbox"/>	Vraiment moins qu'avant	2
<input type="checkbox"/>	Plus du tout	3
Je me fais du souci		
<input type="checkbox"/>	Très occasionnellement	0
<input type="checkbox"/>	Occasionnellement	1
<input type="checkbox"/>	Assez souvent	2
<input type="checkbox"/>	Très souvent	3
Je suis de bonne humeur		
<input type="checkbox"/>	La plupart du temps	0
<input type="checkbox"/>	Assez souvent	1
<input type="checkbox"/>	Rarement	2
<input type="checkbox"/>	Jamais	3
Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté		
<input type="checkbox"/>	Oui, quoi qu'il arrive	0
<input type="checkbox"/>	Oui, en général	1
<input type="checkbox"/>	Rarement	2
<input type="checkbox"/>	Jamais	3

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti		
<input type="checkbox"/>	Jamais	0
<input type="checkbox"/>	Parfois	1
<input type="checkbox"/>	Très souvent	2
<input type="checkbox"/>	Presque toujours	3
J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué		
<input type="checkbox"/>	Jamais	0
<input type="checkbox"/>	Parfois	1
<input type="checkbox"/>	Assez souvent	2
<input type="checkbox"/>	Très souvent	3
Je ne m'intéresse plus à mon apparence		
<input type="checkbox"/>	J'y prête autant d'attention que par le passé	0
<input type="checkbox"/>	Il se peut que j'y fasse plus attention	1
<input type="checkbox"/>	Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais	2
<input type="checkbox"/>	Plus du tout	3
J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place		
<input type="checkbox"/>	pas du tout	0
<input type="checkbox"/>	Pas tellement	1
<input type="checkbox"/>	Un peu seulement	2
<input type="checkbox"/>	Oui, c'est tout à fait le cas	3
Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses		
<input type="checkbox"/>	Autant qu'auparavant	0
<input type="checkbox"/>	Un peu moins qu'avant	1
<input type="checkbox"/>	Bien moins qu'avant	2
<input type="checkbox"/>	Presque jamais	3
J'éprouve des sensations soudaines de panique		
<input type="checkbox"/>	Jamais	0
<input type="checkbox"/>	Pas très souvent	1
<input type="checkbox"/>	Assez souvent	2
<input type="checkbox"/>	Vraiment très souvent	3
Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision		
<input type="checkbox"/>	Souvent	0
<input type="checkbox"/>	Parfois	1
<input type="checkbox"/>	Rarement	2
<input type="checkbox"/>	Très rarement	3

Score HAD	0-7 normal	8-10 modéré	11-14 moyen	15-21 sévère
-----------	------------	-------------	-------------	--------------

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

A	<input type="checkbox"/>	Je ne me sens pas triste	0
	<input type="checkbox"/>	Je me sens cafardeux ou triste	1
	<input type="checkbox"/>	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas en sortir	2
	<input type="checkbox"/>	Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter	3
B	<input type="checkbox"/>	Je ne suis pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir	0
	<input type="checkbox"/>	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir	1
	<input type="checkbox"/>	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer	2
	<input type="checkbox"/>	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer	3
C	<input type="checkbox"/>	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie	0
	<input type="checkbox"/>	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens	1
	<input type="checkbox"/>	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs	2
	<input type="checkbox"/>	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)	3
D	<input type="checkbox"/>	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait	0
	<input type="checkbox"/>	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances	1
	<input type="checkbox"/>	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit	2
	<input type="checkbox"/>	Je suis mécontent de tout	3
E	<input type="checkbox"/>	Je ne me sens pas coupable	0
	<input type="checkbox"/>	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps	1
	<input type="checkbox"/>	Je me sens coupable	2
	<input type="checkbox"/>	Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien	3
F	<input type="checkbox"/>	Je ne suis pas déçu par moi-même	0
	<input type="checkbox"/>	Je suis déçu par moi-même	1
	<input type="checkbox"/>	Je me dégoûte moi-même	2
	<input type="checkbox"/>	Je me hais	3
G	<input type="checkbox"/>	Je ne pense pas à me faire du mal	0
	<input type="checkbox"/>	Je pense que la mort me libèrerait	1
	<input type="checkbox"/>	J'ai des plans précis pour me suicider	2
	<input type="checkbox"/>	Si je le pouvais, je me tuerais	3
H	<input type="checkbox"/>	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens	0
	<input type="checkbox"/>	Maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois	1
	<input type="checkbox"/>	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux	2
	<input type="checkbox"/>	J'ai perdu tout l'intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement	3
I	<input type="checkbox"/>	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume	0
	<input type="checkbox"/>	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décisions	1
	<input type="checkbox"/>	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions	2
	<input type="checkbox"/>	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision	3

J	<input type="checkbox"/>	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant	0
	<input type="checkbox"/>	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux	1
	<input type="checkbox"/>	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux	2
	<input type="checkbox"/>	J'ai l'impression d'être laid et repoussant	3
K	<input type="checkbox"/>	Je travaille aussi facilement qu'auparavant	0
	<input type="checkbox"/>	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose	1
	<input type="checkbox"/>	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit	2
	<input type="checkbox"/>	Je suis incapable de faire le moindre travail	3
L	<input type="checkbox"/>	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude	0
	<input type="checkbox"/>	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude	1
	<input type="checkbox"/>	Faire quoi que ce soit me fatigue	2
	<input type="checkbox"/>	Je suis incapable de faire le moindre travail	3
M	<input type="checkbox"/>	Mon appétit est toujours aussi bon	0
	<input type="checkbox"/>	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude	1
	<input type="checkbox"/>	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant	2
	<input type="checkbox"/>	Je n'ai plus du tout d'appétit	3

Score Beck	0-4 absent	4-7 léger	8-15 modéré	≥ 16 sévère
------------	------------	-----------	-------------	-------------

Le questionnaire suivant vise à déterminer comment cette douleur retentit sur votre quotidien.

Pour chacune des 6 questions suivantes, entourez le chiffre (le chiffre 0 correspond à « pas de gêne », le chiffre 10 correspond à « gêne maximale ») qui décrit le mieux comment, les semaines précédentes, la douleur a gêné votre :

Humeur											
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 (travaux domestiques et à l'extérieur de la maison)											
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	

Quelle est pour vous la cause principale de votre douleur ?

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

Quels sont les éléments qui aggravent votre douleur ?

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

Quels sont les éléments qui soulagent votre douleur ?

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

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la consultation douleur ?

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

Quel est votre objectif principal ? Quel but souhaiteriez-vous atteindre ?

.....

Quels sont vos autres objectifs ?

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

Avez-vous d'autres éléments à nous communiquer ?

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

Merci d'adresser ce questionnaire au secrétariat de la consultation d'évaluation et de traitement de la douleur afin qu'il soit évalué par un médecin.

Secrétariat de la consultation d'évaluation et de traitement de la douleur
Avenue Désandrouin
C.S. 50479
59322 Valenciennes cedex
Téléphone : 03 27 14 32 93

D'autres documents pourront vous être adressés avant la consultation afin de vous aider à poursuivre cette auto-évaluation. Il faudra les ramener complétés lors de la consultation.

Merci d'apporter avec vous lors de votre consultation tous les documents médicaux ainsi que la dernière ordonnance nécessaires à votre prise en charge.