

QUESTIONNAIRE DE LA DOULEUR

Merci de le remplir complètement et précisément

NOM :

Prénom :

NOM DE NAISSANCE :

Date de naissance :

Adresse :

Tél domicile :

Tél portable :

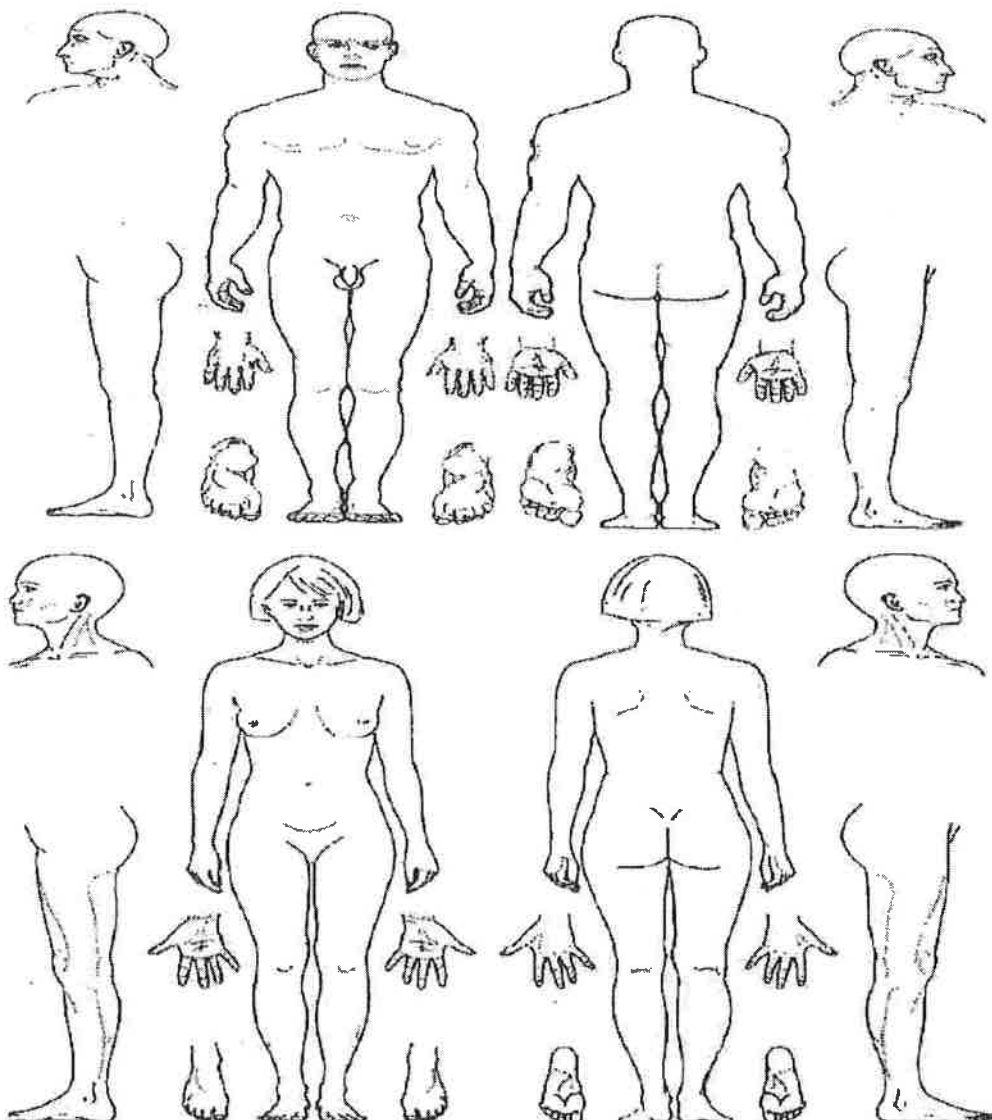
Médecin traitant :

Date du jour où vous remplissez le questionnaire : le

Taille :

Poids :

1 - LOCALISATION DE VOTRE DOULEUR : Indiquer la ou les région(s) douloureuse(s)



2 - CARACTERES DE VOTRE DOULEUR

Depuis combien de temps avez-vous mal ?

Dans quelles circonstances, vos douleurs est-elle survenues ?

La douleur est-elle apparue :

progressivement
brutalement

☐
☐

Depuis le début, la douleur a-t-elle :

augmenté
diminué
est restée stable

☐
☐
☐

Quelle est la fréquence de vos douleurs ?

permanente
plusieurs fois par jour
plusieurs fois par semaine
1 fois par semaine environ
1 fois par mois ou moins
variable

☐
☐
☐
☐
☐
☐

A quels moments du jour et/ou de la nuit souffrez vous ?

Quels sont les facteurs qui déclenchent ou augmentent votre douleur ?

(exemple : tension nerveuse, fatigue, changement de temps, arrêt de traitement, type d'activités)

Quels sont les facteurs qui soulagent votre douleur ? (exemple : repos, calmant, chaleur, froid, position...)

Pour vous, quelle est l'origine de votre douleur ?

Depuis l'apparition de votre douleur, votre sommeil est-il ?

inchangé
diminué
augmenté
perturbé

☐
☐
☐
☐

Actuellement, quel est votre temps de sommeil ?

3- EVALUATION DE VOTRE DOULEUR

Auto-évaluation

Votre douleur pour la dernière semaine	donner un chiffre de 0 à 10 0: douleur la moins forte 10: douleur la plus forte	Au repos	/10
		Lors d'une crise	/10
		Après traitement	/10

Qualificatifs de la douleur					
Cocher les cases qui correspondent le plus à votre douleur	0	1	2	3	4
	Absent non	faible Un peu	Modéré Modérément	fort Beaucoup	Extremement fort Extrêmement
Elancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Echelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien

Pour chacune des 7 questions suivantes, **entourez le chiffre** qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Humeur												
Ne gêne pas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement	
Capacité à marcher												
Ne gêne pas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement	
Travail habituel (activité)												
Ne gêne pas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement	
Relation avec les autres												
Ne gêne pas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement	
Sommeil												
Ne gêne pas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement	
Goût de vivre												
Ne gêne pas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement	
Intérêt pour activité sexuelle												
Ne gêne pas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement	

QUALITE DE VIE

Tracer une marque à l'endroit qui vous semble le plus proche de votre ressenti.

0
5
10





Au mieux de ce que je peux imaginer

Au plus mal de ce que je peux imaginer

Échelle du Retentissement Émotionnel		D	A
Je me sens tendu ou énervé			
la plupart du temps	3		
souvent	2		
de temps en temps	1		
jamais	0		
Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois			
oui, tout autant	0		
pas autant	1		
un peu seulement	2		
presque plus	3		
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 grave	2		
un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1		
pas du tout	0		
Je ris facilement et vois le bon côté des choses			
autant que par le passé	0		
plus autant qu'avant	1		
vraiment moins qu'avant	2		
plus du tout	3		
Je me fais du souci			
très souvent	3		
assez souvent	2		
occasionnellement	1		
très occasionnellement	0		
Je suis de bonne humeur			
jamais	3		
rarement	2		
assez souvent	1		
la plupart du temps	0		
Je peux rester tranquille assis à ne rien faire et me sentir décontracté			
oui, quoi qu'il arrive	0		
oui, en général	1		
rarement	2		
jamais	3		
J'ai l'impression de fonctionner au ralenti			
presque toujours	3		
très souvent	2		
parfois	1		
jamais	0		
J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué			
jamais	0		
parfois	1		
assez souvent	2		
très souvent	3		
Je ne m'intéresse plus à mon apparence			
plus du tout	3		
je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais	2		
il se peut que je n'y fasse pas autant attention	1		
j'y prête autant d'attention que par le passé	0		
J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place			
oui, c'est tout à fait le cas	3		
un peu	2		
pas tellement	1		
pas du tout	0		
Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses			
autant qu'auparavant	0		
un peu moins qu'avant	1		
bien moins qu'avant	2		
presque jamais	3		
J'éprouve des sensations soudaines de panique			
vraiment très souvent	3		
assez souvent	2		
pas très souvent	1		
jamais	0		
Je peux prendre plaisir à un bon livre ou une émission radio ou télévision			
souvent	0		
parfois	1		
rarement	2		
très rarement	3		
Total		D	A

4 - TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Pour cette douleur, pouvez-vous noter le nombre de médecins ou thérapeutes consultés ?

Précisez : rhumatologue psychologue
 neurologue homéopathe
 chirurgien kinésithérapeute
 psychiatre autres

Qu'avez-vous déjà essayé pour vos douleurs ?

	OUI	NON
MEDICAMENTS		
CHIRURGIE		
INFILTRATIONS		
KINESITHERAPIE		
CENTRE DE REEDUCATION		
ACUPUNCTURE		
MANIPULATION		
CURE THERMALE		
RELAXATION		
STIMULATIONS ELECTRIQUES		
PSYCHOTHERAPIE		
HYPNOSE		
AUTRES		

Si médicaments, lesquels :

Inscrivez votre traitement actuel :

a) Médicaments contre votre douleur :

b) autres traitements :

5 - CONTEXTE SOCIO-PROFESSIONNEL

Etes-vous en arrêt maladie ?	OUI	☐	NON	☐
Si oui, depuis quelle date ?				
Etes-vous en accident du travail ?	OUI	☐	NON	☐
Si oui, date de l'accident				
Pensez-vous reprendre votre travail au même po	OUI	☐	NON	☐
Envisagez-vous un reclassement professionnel ?	OUI	☐	NON	☐

6 - QU'ATTENDEZ VOUS DE LA CONSULTATION DOULEUR ?

7 - AVEZ-VOUS REMPLI SEUL (E) CE QUESTIONNAIRE ?

OUI	☐	NON	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Rajoutez ce que vous aimeriez signaler d'autre :