



Consultations

d'évaluation et de traitement

de la Douleur Chronique

Merci de remplir ce questionnaire, le plus exactement possible, peu de temps avant votre RDV de consultation et de le remettre à la secrétaire dès votre arrivée. Vous pouvez solliciter l'aide de **votre médecin** pour répondre aux questions.

Merci d'apporter vos ordonnances des traitements contre la douleur y compris les plus anciennes. Il est important que nous connaissions les différents traitements essayés, la dose prescrite, la durée de l'administration et les effets indésirables ou les effets bénéfiques.

Merci de prévenir dans les plus brefs délais le secrétariat en cas d'annulation et/ou d'impossibilité. Les RDV non-honorés et non-prévenus ne seront pas **reprogrammés systématiquement**.

Secrétariat 0296018200

douleurchronique@armorsante.bzh

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom Marital :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance et Lieu de naissance :

Adresse mail

Adresse :

.....

.....

Code Postal..... Ville

Téléphone :

Maison..... Mobile..... Travail.....

Nom Médecin traitant :

Noms Médecins spécialistes :

.....

.....

.....

Etes-vous : célibataire – marié – concubin – pacsé - divorcé – veuf /veuve

Nombre d'enfants : Enfant(s) actuellement à charge :

Année de naissance de(s) enfant(s) :

STATUT SOCIO- PROFESSIONNEL

Votre profession (si retraité(e) précisez) :

Profession du conjoint (e) (si retraité(e) précisez) :

.....

Vous travaillez : à temps plein à temps partiel à mi temps thérapeutique

Etes-vous en arrêt de travail ? oui non depuis le

- Suite à un accident de travail ? oui non

Etes-vous au chômage ? oui non depuis le

Etes-vous en invalidité ? oui non en cours TAUX % =

Etes-vous en longue maladie ? oui non

Etes-vous en litige avec votre organisme de prise en charge ? oui - non

- Si oui, lequel ?

Etes-vous en procédure d'expertise ? oui non

VOTRE DOULEUR

I) CIRCONSTANCE D'APPARITION DE VOTRE DOULEUR

Maladie : oui non

Accident : oui non Date

Si oui, préciser : Accident du travail : oui non Date :

Accident de la circulation oui non Date :

Autre :

Depuis combien de temps vous avez des douleurs (en mois ou année) :

Depuis combien de temps ressentez-vous une douleur comme maintenant ?

Connaissez-vous la (les) cause(s) de votre douleur ? oui non

Si oui, précisez SVP?

ENTOUREZ les médicaments ESSAYES PAR LE PASSE.

PARACETAMOL DAFALGAN DOLIPRANE EFFERALGAN	PARACETMAOL + CODEINE CODOLIPRANE EFFERALGAN CODEINE DAFALGAN CODEINE	ACTISKENAN	CYMBALTA DULOXETINE
		SKENAN	LAROXYL AMITRIPTYLINE
		OXYNORM	LYRICA PREGABALINE
ANTI-INFLAMMATOIRE IBUPROFENE VOLTARENE PROFENID Autres	PARACETAMOL + TRAMADOL IXPRIM	OXYCONTIN OXYCODONE	NEURONTIN GABAPENTINE
	IZALGI LAMALINE	DUROGESIC MATRIFEN Fentanyl	TEGRETOL CARBAMAZEPINE
	ACUPAN NEFOPAM	ORAMORPH	VERSATIS
	TRAMADOL TOPALGIC	METHADONE	QUTENZA

AUTRES (les citer) :

-
-

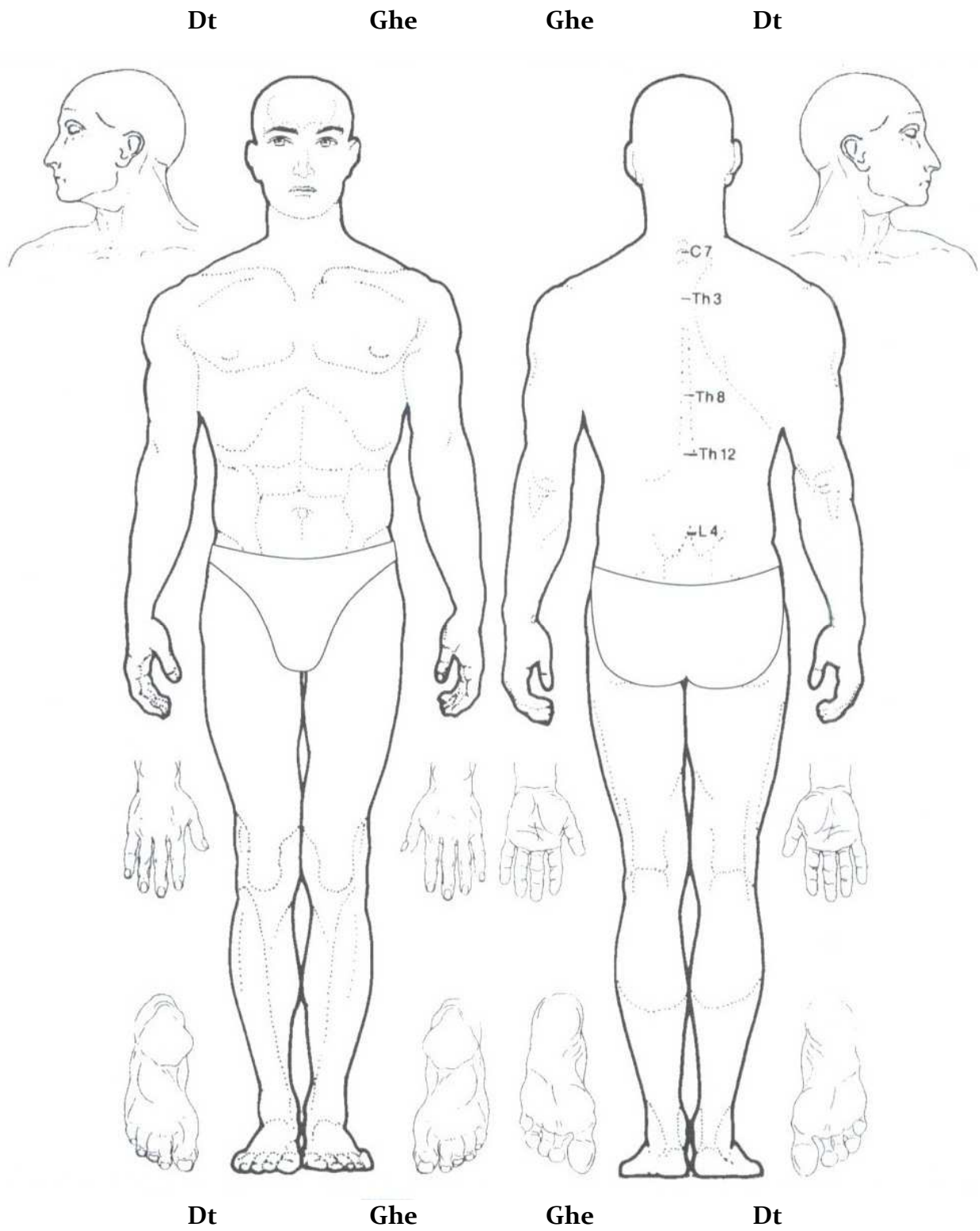
Médicaments ACTUELLEMENT UTILISES

Mettez une croix dans la colonne correspondante pour préciser leurs effets ET la tolérance

Médicaments	Dosage/mg	Nombre de Prises/jour	Effets sur la douleur				Bien supportes	
			Absent	faible	moyen	bon	Oui	Non

IV) LOCALISATIONS

Indiquez sur le schéma où se trouve votre douleur (plusieurs localisations possibles)



V) Qualifications de la douleur

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur.

Mettez une croix dans la case qui vous paraît le plus correspondre à ce que vous ressentez

	<i>Absent ou non</i>	<i>Faible ou un peu</i>	<i>Modéré ou modérément</i>	<i>Fort ou Beaucoup</i>	<i>Extrêmement Fort</i>
<i>Elancements</i>					
<i>Pénétrante</i>					
<i>Décharges Electriques</i>					
<i>Coups de poignard</i>					
<i>En étau</i>					
<i>Tiraillements</i>					
<i>Brûlures</i>					
<i>Fourmillements</i>					
<i>Lourdeur</i>					
<i>Epuisante</i>					
<i>Angoissante</i>					
<i>Obsédante</i>					
<i>Insupportable</i>					
<i>Enervante</i>					
<i>Exaspérante</i>					
<i>Lancinantes</i>					
<i>Déprimante</i>					

VI) Echelle du retentissement émotionnel

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Lisez chaque série de questions et **soulignez la réponse** qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

A/ Je me sens tendu ou énervé :

- la plupart du temps
- souvent
- de temps en temps
- jamais

∞ Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- oui, tout autant
- pas autant
- un peu seulement
- presque plus

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

- oui, très nettement
- oui, mais ce n'est pas grave
- un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- pas du tout

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

- autant que par le passé
- plus autant qu'avant
- vraiment moins qu'avant
- plus du tout

A/ Je me fais du souci :

- très souvent
- assez souvent
- occasionnellement
- très occasionnellement

☞ Je suis de bonne humeur :

- jamais
- rarement
- assez souvent
- la plupart du temps

A/ Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

- oui, quoiqu'il arrive
- oui, en général
- rarement
- jamais

☞ J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- presque toujours
- très souvent
- parfois
- jamais

A/ J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- jamais
- parfois
- assez souvent
- très souvent

☞ Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- plus du tout
- je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- j'y prête autant d'attention que par le passé

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

- oui, c'est tout-à-fait le cas
- un peu
- pas tellement
- pas du tout

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

- autant qu'auparavant
- un peu moins qu'avant
- bien moins qu'avant
- presque jamais

A/ J'éprouve des sensations soudaines de panique:

- vraiment très souvent
- assez souvent
- pas très souvent
- jamais

⧘ Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision

- souvent
- parfois
- rarement
- très rarement.

VII) Description de la douleur

La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	oui	non
Brûlure		
Sensation de froid douloureux		
Décharges électriques		

La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	oui	non
Fourmillements		
Picotements		
Engourdissements		
Démangeaisons		

VIII) Echelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien

Pour chacune des 6 questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Humeur

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Capacité à marcher

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Relation avec les autres

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Sommeil

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Goût de vivre

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

