



## Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

### Consultations d'évaluation et de traitement de la Douleur Chronique de Midi Pyrénées

Adressé le :  
Retourné le :  
1<sup>er</sup> rendez vous le :

Médecin(s) consultant(s) :

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez bénéficier d'une consultation d'évaluation et de traitement de vos douleurs. Afin de préparer votre venue veuillez remplir ce questionnaire. Une partie est à remplir par votre médecin traitant ou le médecin spécialiste qui vous suit.

Afin de vous éviter des déplacements trop importants sachez qu'il existe des consultations dans chaque département.

Veuillez trouver ci-dessous la liste des consultations de Midi Pyrénées, ce questionnaire est valable pour l'ensemble de ces consultations.

<b>ARIEGE 09</b>	CHIVA	Chemin Barrau	09000 SAINT-JEAN DE VERGES	05-61-03-30-30 poste :3366
<b>AVEYRON 12</b>	CH J Puel	Avenue de l'hôpital	12027 RODEZ	05-65-55-24-80
	Consultation douleur chronique du Sud Aveyron	265, Bd Achille Souques	12100 MILHAU	05-65-59-32-37
88, Av. du Dr Lucien Galtier		12400 ST AFFRIQUE		
<b>GERS 32</b>	CH Auch	Allée Marie Clarac BP 80382	32008 AUCH	05 62 61 37 69
<b>HAUTE-GARONNE 31</b>	CH Comminges- Pyrénées	Ave St Plancard	31800 ST GAUDENS	05-62-00-43-20
	Nouvelle clinique de l'Union	Bd de Ratalens	31240 SAINT-JEAN	05-67-04-52-18 05-61-37-86-82
	CHU Toulouse Hôpital des Enfants	330 av de Grande Bretagne TSA 70034	31059 TOULOUSE	05-34-55-86-61
	CHU Toulouse Hôpital Pierre-Paul Riquet	CETD Hall B, 3 <sup>ème</sup> étage Place du Dr Baylac TSA 40031	31059 TOULOUSE	05-61-77-55-52
	Clinique du Parc	93 rue Achille Viadieu	31400 TOULOUSE	05-61-14-09-91
	Clinique Pasteur	45, avenue de Lombez	31076 TOULOUSE	05-62-21-30-36
	Hôpital J Ducuing	15, Rue de Varsovie	31076 TOULOUSE	05-61-77-34-68
	ONCOPOLE	1 Av. Irène Joliot- Curie	31100 TOULOUSE	05-31-15-60-60
<b>LOT 46</b>	CH	335, Rue du Pdt Wilson	46000 CAHORS	05-65-20-50-64
<b>HAUTES-PYRENEES 65</b>	CH de Bigorre	2, rue de l'Ayguerote,	65013 TARBES CEDEX 9	05-62-54-65-91
<b>TARN 81</b>	CH	22, Boulevard Sibille	81000 ALBI	05-63-47-43-27
	Clinique Claude Bernard	1, rue Père Colombier	81000 ALBI	05-63-77-78-00
<b>TARN ET GARONNE 82</b>	CH	100 Rue Léon Cladel BP 765	82000 MONTAUBAN	05-63-92-81-65

## Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

1ère partie

A remplir par le patient

### MOTIF DE CONSULTATION :

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom Marital : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

.....

.....

Téléphone(s) : .....

Médecin traitant déclaré à la caisse primaire d'assurance maladie (*nom et adresse*)

.....

.....

**Vous consultez sur les conseils de :**

Votre médecin généraliste  Un spécialiste  Lequel ?

Une autre consultation douleur  Laquelle ?

A votre initiative  Autre  Précisez :

### STATUT SOCIO- PROFESSIONNEL

**Votre situation professionnelle actuelle :**

Agriculteur exploitant	Femme ou homme au foyer
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	étudiant
Cadre et profession intellectuelle supérieure	retraité
Employé	Profession intermédiaire
Ouvrier	( <i>instituteur, fonctionnaire, employé</i>
Recherche emploi	<i>administratif, personnel de service,</i>
	<i>clergé)</i>

Etes-vous : célibataire  en concubinage  marié(e) ou PACSé   
séparé  divorcé  veuf(ve)

Profession du conjoint : .....

Nombre d'enfants (années de naissance) :

Nombre d'enfant à charge :

Avez-vous eu un ou plusieurs enfants décédés ? oui  non

Etes-vous suivi par un service social ? Non  Oui

## Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Si oui nom de l'assistante sociale :

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

Etes-vous en arrêt de travail ? Non  Oui

- Depuis (date) :

- Suite à un accident de travail ? Oui  Non

Etes-vous en longue maladie ? Non  Oui  depuis le

Etes-vous en invalidité ? Non  Oui  depuis le

Etes-vous en litige

avec la CPAM  avec un autre organisme de santé  avec un tiers ?

Etes-vous en procédure d'expertise ? oui  non

### VOTRE DOULEUR

Depuis quand ressentez-vous cette douleur (en mois) :

Connaissez-vous la cause de votre douleur ? Non  Oui

Si oui quelle est-elle ?

Avez-vous mal tous les jours ? OUI  NON

La douleur est-elle : Permanente  Intermittente

La douleur est-elle présente : le jour  la nuit

Qu'est ce qui augmente l'intensité de votre douleur ?

Quel est votre traitement actuel ?

◆ ..... ◆ .....

◆ ..... ◆ .....

Parmi les techniques suivantes pour soulager la douleur, cochez celles que vous avez essayées et leur efficacité :

	Efficacité			Efficacité	
Application de pommade	Oui	Non	Psychothérapie	Oui	Non
Infiltration	Oui	Non	Hypnose	Oui	Non
Acupuncture	Oui	Non	Repos	Oui	Non
Mésothérapie	Oui	Non	Divertissements détente	Oui	Non
Kinésithérapie	Oui	Non	Relaxation	Oui	Non
Neurostimulation externe	Oui	Non	Cure thermale	Oui	Non

Autretraitements **essayés efficaces**

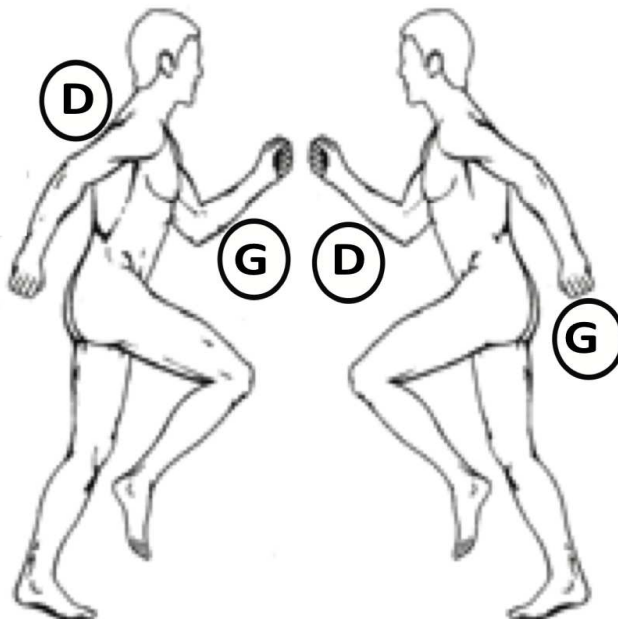
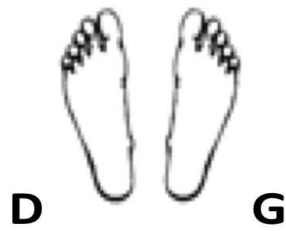
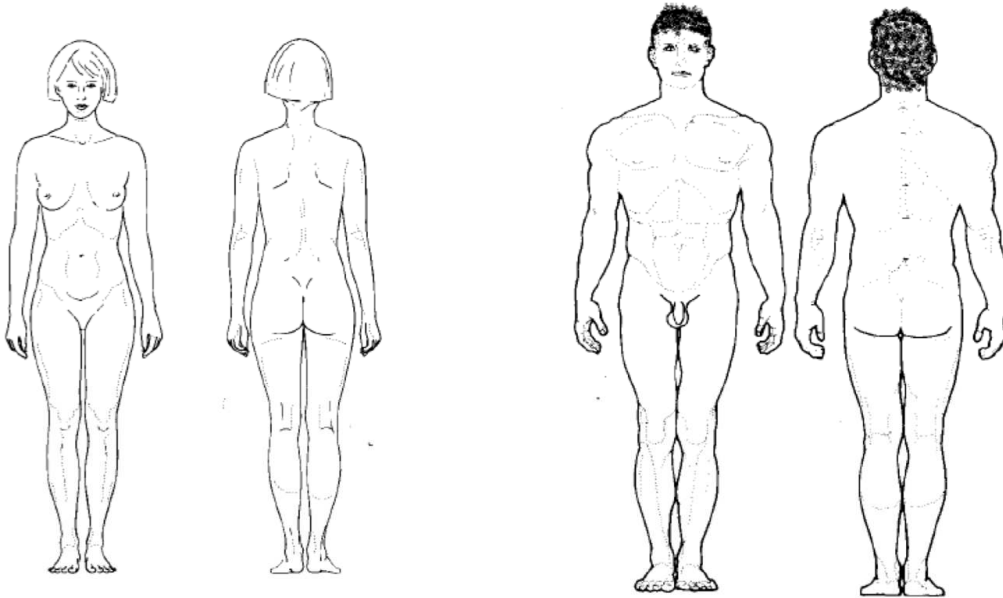
Autres traitements **essayés inefficaces**

◆ .....

◆ .....

## Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

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



## Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

1. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus intense que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

2. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur en général :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur en ce moment :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

5. La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Aucune amélioration										Amélioration complète

## Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

6. Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, pendant les dernières 24 heures, la douleur a gêné votre :

a) Activité Générale

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

b) Humeur

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

c) Capacité à marcher

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

d) 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
Ne gêne pas								Gêne complètement		

e) Relations avec les autres

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

f) Sommeil

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

g) Goût de vivre

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

## Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

**Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Connaître les émotions que vous éprouvez, permettra de mieux vous aider.**

Ne faites pas attention aux chiffres imprimés à droite du questionnaire. Lisez chaque série de questions et cochez la case qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

**Je me sens tendu(e) :**

la plupart du temps	3
une bonne partie du temps	2
de temps en temps, occasionnellement	1
pas du tout	0

**Je prends plaisir aux mêmes choses qu'avant :**

tout autant, sans aucun doute	0
pas vraiment autant	1
un peu seulement	2
presque plus du tout	3

**J'éprouve une certaine appréhension comme si quelque chose de terrible allait arriver :**

très nettement et assez intensément	3
oui, mais ce n'est pas trop intense	2
un peu, mais ça ne m'inquiète pas	1
pas du tout	0

**Je ris et vois le bon côté des choses :**

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

**Des idées inquiétantes me passent par la tête :**

la majeure partie du temps	3
une bonne partie du temps	2
pas très souvent	1
un peu	0

**Je me sens gai(e) :**

jamais	3
rarement	2
parfois	1
la plupart du temps	0

## Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

### Je peux rester tranquille et me détendre :

sans aucun mal	0
en général	1
rarement	2
jamais	3

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

presque tout le temps	3
très souvent	2
parfois	1
pas du tout	0

### J'éprouve une certaine appréhension comme si j'avais l'estomac noué :

pas du tout	0
parfois	1
assez souvent	2
très souvent	3

### Je ne m'intéresse plus à mon apparence physique :

plus du tout	3
je ne m'y intéresse pas autant que je le devrais	2
il est possible que je ne m'y intéresse plus autant qu'avant	1
je m'y intéresse autant qu'avant	0

### Je suis agité (e) comme si je n'arrivais pas à tenir en place :

vraiment beaucoup	3
beaucoup	2
pas beaucoup	1
pas du tout	0

### Je me réjouis à l'idée des choses à venir :

autant qu'avant	0
un peu moins qu'avant	1
bien moins qu'avant	2
presque pas du tout	3

### J'ai des accès de panique :

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

### J'ai plaisir à lire un bon livre, écouter la radio ou regarder la télévision :

souvent	0
parfois	1
rarement	2
très rarement	3



## Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

### Description de la douleur

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

	oui	non
Brulure		
Sensation de froid douloureux		
Décharges électriques		

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

Fourmillements		
Picotements		
Engourdissements		
Démangeaisons		

La douleur est-elle associée dans la même région :

A une perte de sensibilité au toucher		
A une perte de sensibilité au piquer		

La douleur est elle augmentée ou provoquée par :

Le frottement		
---------------	--	--

VOS ACTIVITES DE LOISIRS : (distraction, activité physique, hobbies)

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

AVEZ-VOUS DES ATTENTES PRECISES EN VENANT ICI ? Si oui lesquelles ?

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

QUEL EST VOTRE OBJECTIF PRINCIPAL ?

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

**Merci d'apporter pour la consultation votre dernière ordonnance ainsi que  
l'ensemble des examens complémentaires déjà réalisés**



## **Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »**

### **Spécialistes consultés pour cette douleur**

<b>Neurologue</b>	<b>Interniste</b>
<b>Rhumatologue</b>	<b>Gynécologue</b>
<b>Médecin rééducateur</b>	<b>Urologue</b>
<b>Gastro entérologue</b>	<b>Autre (précisez)</b>
<b>Chirurgien orthopédiste</b>	

### **Hospitalisation(s) pour cette douleur (lieu, date)**

### **TRAITEMENT ACTUEL**

### **THERAPEUTIQUES antalgiques ESSAYEES**

- Médicamenteuse(s) : précisez posologie et durée du traitement

- Chirurgicale(s) :

- AUTRES