

## Questionnaire « DOULEUR pelvi-périnéale »



**Adressé le :**  
**Retourné le :**

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez bénéficier d'une consultation d'évaluation et de traitement de vos douleurs. Afin de vous fixer un rendez-vous veuillez remplir ce questionnaire, la dernière partie étant à compléter par votre médecin traitant ou le médecin spécialiste qui vous suit, **et le renvoyer au centre le plus proche de votre domicile.** Veuillez trouver ci-dessous la liste de quelques structures douleur de la Région Occitanie. Vous pouvez vous connecter sur le site du gouvernement pour connaître la liste de toutes les structures douleur chronique : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

<b>AUDE 11</b>	CH CARCASSONNE	1060 Chemin de la Madeline	11010 CARCASSONNE CEDEX	04.68.24.25.86
<b>ARIEGE 09</b>	CHIVA	Chemin Barrau	09000 SAINT-JEAN DE VERGES	05.61.03.33.66
	CH ARIEGE COUSERANS	CS Externes BP 60111	09201 ST GIRONS CEDEX	05.62.21.35.36
<b>AVEYRON 12</b>	CH J Puel	Avenue de l'hôpital	12027 RODEZ	05.65.55.24.80
<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	05.62.00.43.42
	Nouvelle clinique de l'Union	Bd de Ratalens	31240 SAINT-JEAN	05.67.04.52.18
	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 de la Coix du Sud	52 Chemin de Ribaute 3 <sup>ème</sup> Etage – Zone A	31130 QUINT FONSEGRIVES	05.81.14.05.18
	Clinique Pasteur	45, avenue de Lombez	31076 TOULOUSE	05.62.21.35.36
	Hôpital J Ducuing	15, Rue de Varsovie	31076 TOULOUSE	05.61.77.34.68
	ONCOPOLE	1 Av. Irène Joliot-Curie	31100 TOULOUSE	05.31.15.60.27
<b>LOT 46</b>	CH CAHORS	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>PYRENEES ORIENTALES 66</b>	CH PERPIGNAN	20 Ave du Languedoc	66046 PERPIGNAN	04.68.61.68.90
<b>TARN 81</b>	CH ALBI	22 Bd Sibille	81000 ALBI	05.63.47.43.27
	CHIC CASTRES-MAZAMET	6 Ave de la Montagne Noire BP 30417	81108 CASTRES CEDEX	05.63.71.63.71
<b>TARN ET GARONNE 82</b>	CH MONTAUBAN	100 Rue Léon Cladel BP 765	82000 MONTAUBAN	05.63.92.83.71

## Questionnaire « DOULEUR pelvi-périnéale »

### MOTIF DE CONSULTATION :

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom Marital : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... mail :

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

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

**Nombre de grossesses (pour les dames) :**

**Nombre d'enfants** (années de naissance):

**Situation professionnelle actuelle :**

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

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

**Profession du conjoint :** .....

**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

## Questionnaire « DOULEUR pelvi-périnéale »

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 comme aujourd'hui (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 intensifie votre douleur ?

Quel est votre traitement médical actuel :

◆ .....  
◆ .....

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

	Efficacité		Efficacité
<input type="checkbox"/> Application de pommade	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Psychothérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Infiltration	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Hypnose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Acupuncture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Repos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Mésothérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Divertissements détente	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Kinésithérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Relaxation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> neurostimulation externe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Cure thermale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autres traitements essayés efficaces

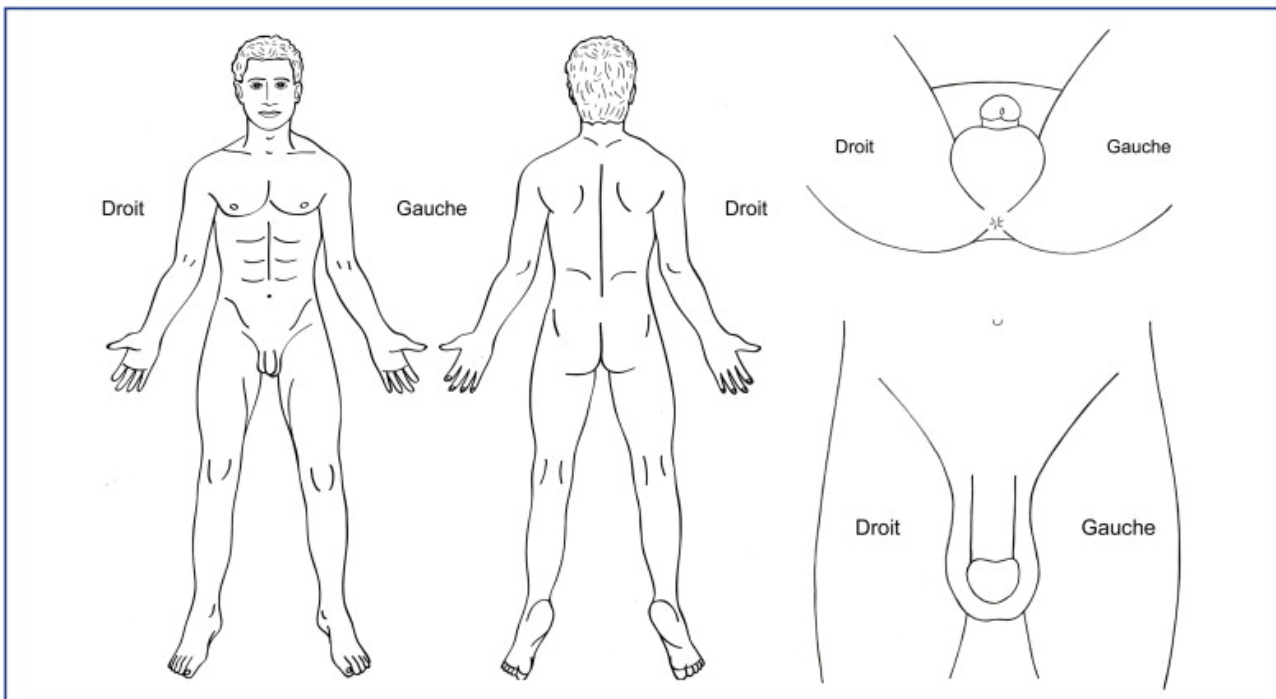
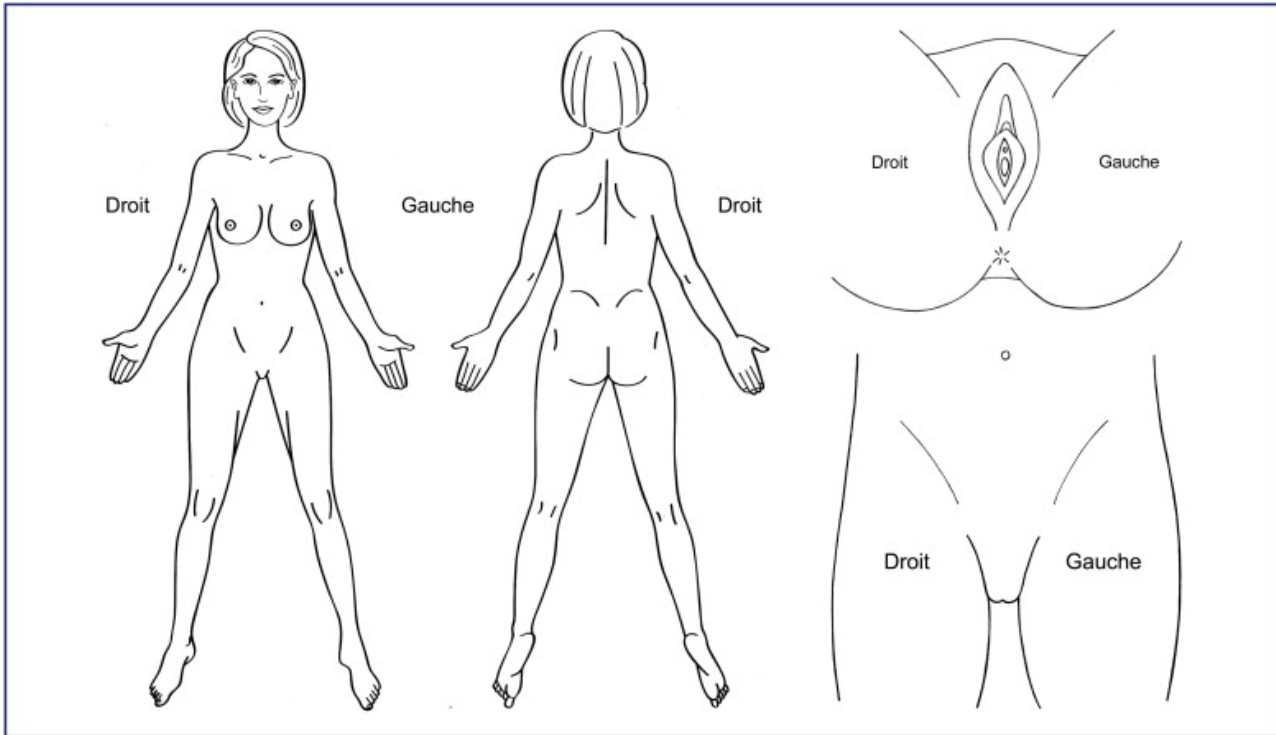
◆ .....  
◆ .....

Autres traitements essayés inefficaces

◆ .....  
◆ .....

## Questionnaire « DOULEUR pelvi-périnéale »

Indiquez sur le schéma où se trouve votre douleur :



## Questionnaire « DOULEUR pelvi-périnéale »

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 pelvi-périnéale »

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 pelvi-périnéale »

**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 et aux lettres 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):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> la plupart du temps                  | 3 |
| <input type="checkbox"/> une bonne partie du temps            | 2 |
| <input type="checkbox"/> de temps en temps, occasionnellement | 1 |
| <input type="checkbox"/> pas du tout                          | 0 |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> tout autant, sans aucun doute | 0 |
| <input type="checkbox"/> pas vraiment autant           | 1 |
| <input type="checkbox"/> un peu seulement              | 2 |
| <input type="checkbox"/> presque plus du tout          | 3 |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> très nettement et assez intensément | 3 |
| <input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas trop intense | 2 |
| <input type="checkbox"/> un peu, mais ça ne m'inquiète pas   | 1 |
| <input type="checkbox"/> pas du tout                         | 0 |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> autant que par le passé | 0 |
| <input type="checkbox"/> plus autant maintenant  | 1 |
| <input type="checkbox"/> vraiment moins qu'avant | 2 |
| <input type="checkbox"/> plus du tout            | 3 |

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> la majeure partie du temps | 3 |
| <input type="checkbox"/> une bonne partie du temps  | 2 |
| <input type="checkbox"/> pas très souvent           | 1 |
| <input type="checkbox"/> un peu                     | 0 |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> jamais              | 3 |
| <input type="checkbox"/> rarement            | 2 |
| <input type="checkbox"/> parfois             | 1 |
| <input type="checkbox"/> la plupart du temps | 0 |

### **Je peux rester tranquille et me détendre :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sans aucun mal | 0 |
| <input type="checkbox"/> en général     | 1 |
| <input type="checkbox"/> rarement       | 2 |
| <input type="checkbox"/> jamais         | 3 |

## Questionnaire « DOULEUR pelvi-périnéale »

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> pratiquement tout le temps | 3 |
| <input type="checkbox"/> très souvent               | 2 |
| <input type="checkbox"/> parfois                    | 1 |
| <input type="checkbox"/> pas du tout                | 0 |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> pas du tout   | 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 physique:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> plus du tout   | 3 |
| <input type="checkbox"/> je ne m'y intéresse pas autant que je le devrais             | 2 |
| <input type="checkbox"/> il est possible que je ne m'y intéresse plus autant qu'avant | 1 |
| <input type="checkbox"/> je m'y intéresse autant qu'avant                             | 0 |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vraiment beaucoup | 3 |
| <input type="checkbox"/> beaucoup          | 2 |
| <input type="checkbox"/> pas beaucoup      | 1 |
| <input type="checkbox"/> pas du tout       | 0 |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> autant qu'avant       | 0 |
| <input type="checkbox"/> un peu moins qu'avant | 1 |
| <input type="checkbox"/> bien moins qu'avant   | 2 |
| <input type="checkbox"/> presque pas du tout   | 3 |

### J'ai des accès de panique :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vraiment très souvent | 3 |
| <input type="checkbox"/> assez souvent         | 2 |
| <input type="checkbox"/> pas très souvent      | 1 |
| <input type="checkbox"/> jamais                | 0 |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> souvent       | 0 |
| <input type="checkbox"/> parfois       | 1 |
| <input type="checkbox"/> rarement      | 2 |
| <input type="checkbox"/> très rarement | 3 |



## Questionnaire « DOULEUR pelvi-périnéale »

### Questionnaire d'évaluation sexologique

#### 1 - Considérez-vous que vos relations de couples sont satisfaisantes ?

- Très satisfaisantes
- Assez satisfaisantes
- Peu satisfaisantes
- Non satisfaisantes
- Ne sait pas

#### 2 - Vous sentez vous suffisamment informé(e) dans le domaine de la sexualité ?

- Très bien informé
- Assez bien informé
- Peu informé
- Pas du tout informé
- Ne sait pas

#### 3 - Avez-vous rencontré ces derniers temps des difficultés dans l'exercice de votre sexualité ?

- Très souvent
- Assez souvent
- Peu souvent
- Jamais
- Ne sait pas

#### 4 - Diriez-vous que votre sexualité s'est dégradée ces derniers temps ?

- Très certainement
- Très probablement
- Probablement peu
- Pas du tout
- Ne sait pas

#### 5 - Votre sexualité est-elle responsable de difficultés interpersonnelles ou relationnelles dans votre couple ?

- Très certainement
- Très probablement
- Probablement peu
- Pas du tout
- Ne sait pas

#### 6 - Votre pathologie vous gêne-t-elle dans l'exercice de votre sexualité ?

- Très souvent
- Assez souvent
- Peu souvent
- Jamais
- Ne sait pas

## Questionnaire « DOULEUR pelvi-périnéale »

### 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 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 votre dernière ordonnance ainsi que l'ensemble des examens complémentaires déjà réalisés lors de la consultation**

## Questionnaire « DOULEUR pelvi-périnéale »

2<sup>ème</sup> partie

A remplir par le médecin traitant ou médecin adresseur

### Motif de consultation

Avis diagnostique

Une prise en charge thérapeutique

Un essai de technique particulier  
(précisez)

Une prise en charge non  
médicamenteuse (précisez)

### Antécédents du patients : médicaux, chirurgicaux, traumatiques et psychiatriques

### Examens complémentaires concernant cette douleur

nature	date	résultats

## Questionnaire « DOULEUR pelvi-périnéale »

### Spécialistes consultés pour cette douleur

- |                    |                          |                  |                          |
|--------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| neurologue         | <input type="checkbox"/> | Interniste       | <input type="checkbox"/> |
| Rhumatologue       | <input type="checkbox"/> | Gynécologue      | <input type="checkbox"/> |
| Urologue           | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| Gastro enterologue | <input type="checkbox"/> | Autre (précisez) | <input type="checkbox"/> |

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

### TRAITEMENT ACTUEL

### THERAPEUTIQUES antalgiques ESSAYEES

- Médicamenteuse : précisez posologie et durée du traitement

- Chirurgicale

- AUTRES

TAMPON DU MEDECIN