Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

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 connaitre la liste de toutes les structures douleur chronique : https://solidarites-sante.gouv.fr

ARIEGE 09	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
AUDE 11	CH CARCASSONNE	1060 Chemin de la Madeline	11010 CARCASSONNE CEDEX	04.68.24.25.86
	Clinique Montréal	Route de Bram	11000 CARCASSONNE	04.11.20.02.03
	CH NARBONNE	Bd Lacroix BP 824	11108 NARBONNE CEDEX	04 68 42 61 85
AVEYRON 12	CH J PUEL	Avenue de l'hôpital	12027 RODEZ	05.65.55.24.80
	CH du Sud Aveyron	265, Bd Achille Souques	12100 MILLAU	05.65.59.32.37
GERS 32	CH AUCH	Allée Marie Clarac BP 80382	32008 AUCH	05.62.61.37.69
	Institut Français de la douleur	14 av de Verdun	32600 l'Isle_Jourdain	05 64 72 04 20
HAUTE-GARONNE 31	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 secretariat.douleur.union@ramsaysante.fr
	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, 3ème étage Place du Dr Baylac TSA 40031	31059 TOULOUSE	05-61-77-55-52 cetd.secretariat@chu-toulouse.fr
	Clinique de la Croix du Sud	52 Chemin de Ribaute 3ème 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	05.31.15.51.48
LOT 46	CH CAHORS	335, Rue du Pdt Wilson	46000 CAHORS	05.65.20.50.64
LOT ET GARONNE 47	CH AGEN	Rte Villeneuve s/lot	47923 AGEN CEDEX	05.53.69.70.58
HAUTES-PYRENEES 65	CH de Bigorre	2, rue de l'Ayguerote,	65013 TARBES CEDEX 9	05.62.54.65.91
PYRENEES ORIENTALES 66	CH PERPIGNAN	20 Ave du Languedoc	66046 PERPIGNAN	04.68.61.68.90
TARN 81	CH ALBI	22 Bd Sibille	81000 ALBI	05.63.47.43.27
	CH LAVAUR	1 place Viala	81500 LAVAUR	05. 63 58. 80 65
TARN ET GARONNE 82	CH MONTAUBAN	100 Rue Léon Cladel BP 765	82000 MONTAUBAN	05.63.92.83.71

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Notice d'information des patients

Titre de la recherche : Registre « Douleur Chronique » du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU Toulouse
Investigateur qualifié pour délivrer l'information : Dr Nathalie CANTAGREL
Etablissement responsable du traitement des données : CHU de Toulouse Hôtel Dieu 2 rue Viguerie TSA 80035 31059 Toulouse cedex 9

Madame, Monsieur,

Nous organisons une recherche sur les Parcours des patients atteints de Douleurs Chroniques.

Nous souhaitons vous solliciter pour participer à cette recherche et nous vous présentons ici les modalités de cette recherche afin que vous puissiez vous décider en toute connaissance de cause. Cette recherche n'a pas d'influence sur la prescription médicale et la prise en charge dont vous bénéficiez et est basée sur l'exploitations de vos données obtenues au cours de votre suivi dans la cadre du soin courant.

Le but de la recherche : Etudier les parcours de soins des patients souffrant de syndromes douloureux chroniques
Méthodologie : Etude prospective unicentrique utilisant les données recueillies dans le cadre de l'évaluation initiale et du suivi habituel au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse
Durée : de 2022 à 2042, du moment où le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur reçoit votre formulaire d'orientation initial jusqu'au terme de votre prise en charge.
Contraintes *:* Si vous acceptez de participer à cette cohorte prospective, vous êtes susceptibles de compléter des questionnaires écrits dans le cadre de votre suivi. Ces questionnaires concerneront notamment vos antécédents médicaux, vos traitements, votre alimentation, votre humeur, votre qualité de vie, etc.
Bénéfice : Aucun bénéfice direct n'est attendu, mais votre participation permettra de développer une meilleure connaissance sur la Douleur Chronique, le parcours des patients suivi sur le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur ainsi que l'efficacité des prises en charge habituellement proposée en soins courants.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Si vous refusez de participer, il vous suffit d'en informer le médecin dont les coordonnées se trouvent en bas de ce document. Cela n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge habituelle. Vous pouvez si vous le désirez interrompre votre participation à l'étude à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui vous seront dispensés.

Sans retour de votre part sous 1 mois à compter de la réception de ce document, nous considérons que vous ne vous opposez pas au traitement de vos données personnelles recueillies dans le cadre de cette recherche. Vous serez quoiqu'il en soit toujours à temps de faire valoir vos droits.

Votre médecin (Dr Nathalie Cantagrel, Tél : 05-61-77-55-52) est à votre disposition pour vous apporter toutes les précisions complémentaires que vous souhaitez.

La date d'information et d'envoi de la présente notice sera établie à la date de réception du présent questionnaire.

Compléments d'information à propos du registre

Si vous acceptez de participer à cette recherche, les personnes qui collaborent à cette recherche ou qui sont mandatées par le responsable du traitement des données, ainsi qu'éventuellement le représentant de la Commission Nationale Informatique et Liberté, auront accès à l'information dans le respect le plus strict de la confidentialité.

Dans le cadre de la recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard des objectifs qui vous ont été présentés. Le responsable du traitement des données est *le CHU de Toulouse*. Le médecin de l'étude, et autre personnel de l'étude recueilleront des informations à votre sujet, sur votre santé, sur votre participation dans l'étude, et le cas échéant, sur vos habitudes de vie ainsi que, dans la mesure où ces données sont nécessaires à la recherche vos origines ethniques ou des données relatives à votre vie sexuelle. Seules les informations strictement nécessaires au traitement et à la finalité de la recherche seront recueillies et ces données seront conservées pendant la durée de l'étude jusqu'au rapport final ou jusqu'à la dernière publication puis archivées pendant la durée conforme à la réglementation en vigueur. Afin d'assurer la confidentialité de vos informations personnelles, ni votre nom ni aucune autre information qui permettrait de vous identifier directement ne seront saisis sur le cahier d'observation ou dans tout autre dossier ou échantillon que le médecin de l'étude fournira au promoteur ou aux représentants autorisés du promoteur. Vous serez uniquement identifié(e) par un code et vos initiales. Le code est utilisé pour que le médecin de l'étude puisse vous identifier si nécessaire. Ce traitement des données a pour fondement juridique l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) à savoir l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable de traitement et les intérêts légitimes poursuivis par lui. De plus, au titre de l'article 9 du RGPD le responsable de traitement peut de manière exceptionnelle traiter des catégories particulières de données, incluant des données de santé notamment à des fins de recherche scientifique.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée) et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679), vous avez un droit d'accès et de rectification sur vos informations personnelles. Vous pouvez aussi demander la restriction du traitement de vos informations personnelles, vous opposer à certains types de traitement de vos informations personnelles, demander que vos informations personnelles soient effacées. Cependant certaines données préalablement collectées ne pourront peut-être pas être effacées, au titre des Articles 17.3.c et 17.3.d. du RGPD si cette suppression est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche. Vous pouvez exercer ces droits en le demandant par écrit auprès du médecin de l'étude. Le promoteur répondra à vos demandes dans la mesure du possible conformément à ses autres obligations légales et réglementaires et lorsque la loi l'exige.
Les données seront collectées conformément à la méthodologie de référence MR004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour laquelle le CHU de Toulouse a signé un engagement de conformité. Conformément à la réglementation française et européenne, les données de l'étude seront conservées au maximum 2 ans après la dernière publication ou jusqu'à la signature du rapport final, puis archivées pour une durée de 20 ans.

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Vos informations personnelles anonymisées pourront être utilisées pour d'autres recherches scientifiques sur votre maladie ou sur d'autres maladies toujours conformément aux lois et aux règlements applicables.

Si vous avez d'autres questions au sujet du recueil, de l'utilisation de vos informations personnelles ou des droits associés à ces informations, veuillez contacter Monsieur le Délégué à la Protection des données du CHU de *Toulouse* (*dpo@chu-toulouse.fr*) ou le médecin de l'étude.

Si malgré les mesures mises en place par le responsable du traitement des données vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance de la protection des données compétente dans votre pays de résidence (la CNIL pour la France sur le site https://www.cnil.fr/fr/donnees-personnelles/plaintes-en-ligne).

Vous avez de droit d'avoir communication, au cours ou à l'issue de la recherche, des informations concernant votre santé, détenues par ou la personne qualifiée en charge de votre suivi.

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Qu'est-ce qu'une Structure Douleur Chronique ?

Le Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) reçoit sur orientation médicale, des patients présentant des douleurs persistantes évoluant depuis plus de trois mois, bien souvent depuis plus de six mois. Ces douleurs dîtes chroniques se distinguent ainsi des douleurs aigües et nécessitent en cela une prise en charge spécifique.

La douleur chronique se caractérise par une composante sensorielle désagréable et difficilement supportable, mais aussi par une composante émotionnelle donnant une tonalité affective négative à la douleur comme parfois un état émotionnel anxieux et/ou dépressif.

La douleur chronique entraîne également des difficultés dans plusieurs domaines importants de la vie notamment professionnels, mais aussi relationnels et familiaux. Ces difficultés peuvent participer à l'aggravation de la douleur en engendrant un stress supplémentaire.

La prise en charge de la douleur chronique est souvent nécessairement pluridisciplinaire.

Vous allez rencontrer une équipe spécialisée (constituée de médecins, psychologues, infirmiers, rééducateurs, etc.) qui travaillera en partenariat avec votre médecin traitant et avec vous afin de créer ensemble un parcours de soin individualisé.

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

1ère partie	A remplir par le patient

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-e ☐
Séparé-e ☐ Divorcé-e ☐ Veuf(ve) ☐

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

Nombre de grossesse : _ _

Votre situation professionnelle actuelle :

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

Quel est votre métier ? ……

Votre conjoint travaille-t-il ? ☐ OUI ☐ NON

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Vous travaillez : ☐**temps plein** ☐**temps partiel** ☐**temps partiel 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 ☐

Etes-vous suivi par un service social ? Non ☐ Oui ☐

Si oui nom de l'assistante sociale :

LA DOULEUR ET VOS PRISES EN CHARGE

Quelle est la douleur ?

……
……
……

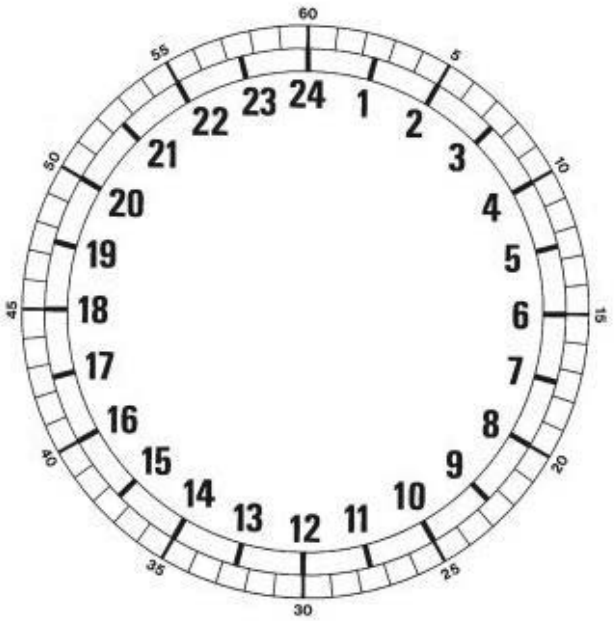
Depuis quand ressentez-vous la douleur : ……

Selon vous quelle est la cause de la douleur ?

……
……
……

Avez-vous mal tous les jours ? OUI ☐ NON ☐

Merci d'indiquer sur l'horloge suivante les périodes **sans** douleur (en vert) et les périodes **avec** la douleur (en rouge)



Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

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	☐	☐

Qu'est ce qui améliore la douleur ?

……
……
……
……
……

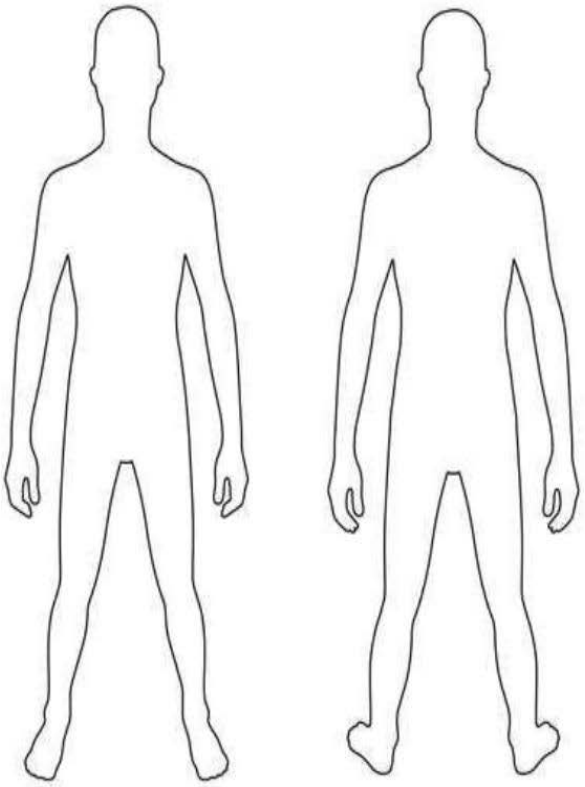
Qu'est ce qui aggrave la douleur ?

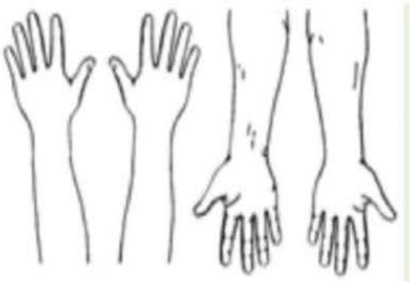
……
……
……
……
……

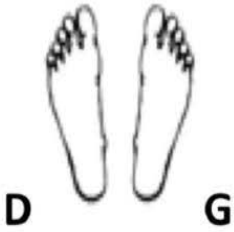
Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

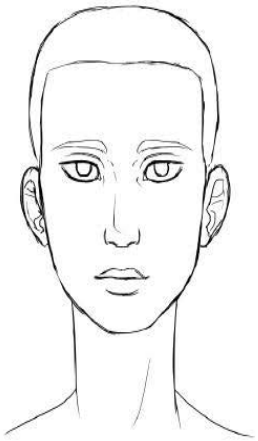
Indiquez sur les schémas où se trouvent (<u>précisez la légende utilisée</u>) :

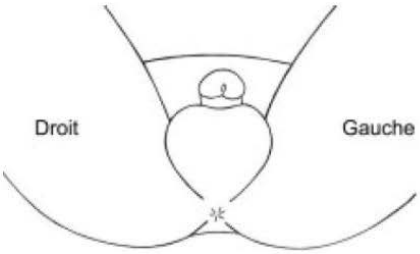
la douleur la plus importante	
les autres douleurs	
les zones qui vont bien	

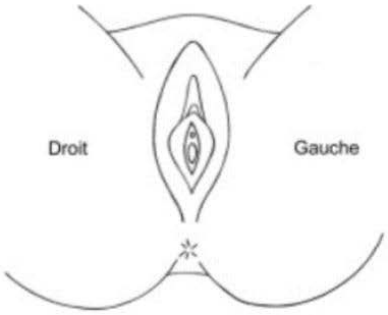


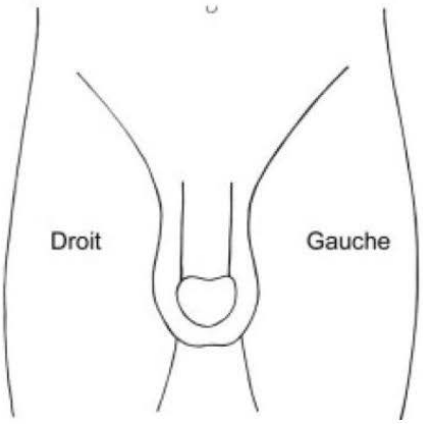












Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

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 »

Quel est votre traitement actuel ?

♦ ……...

♦ ……

♦ ……

♦ ……

♦ ……

♦ ……

♦ ……...

♦ ……

♦ ……

♦ ……

♦ ……

♦ ……

Avez-vous déjà souffert d'une addiction ?
Par exemple, tabagisme, alcool, cannabis, médicament, jeux, sexe, etc.

☐ OUI ☐ NON

***Si oui, précisez* : ……..**

Est-ce toujours le cas ?

☐ OUI ☐ NON

Pensez-vous être dépendant à certains médicaments de votre traitement actuel ?

☐ OUI ☐ NON

***Si oui, précisez* : ……**

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Parmi les techniques suivantes pour soulager la douleur, cochez celles que vous avez pratiquées :

☐ Kinésithérapie / Rééducation	☐ Cure thermale	☐ Psychothérapie
☐ Ostéopathie	☐ Phyto/Aromathérapie	☐ Sophrologie
☐ Neurostimulation externe (TENS)	☐ Qi gong, Tai Chi	☐ Relaxation
☐ Infiltration	☐ Homéopathie	☐ Thérapie cognitivo-comportementale
☐ Activité physique adaptée	☐ Mésothérapie	☐ EMDR, EFT
☐ Stimulation du nerf vague (auriculaire ou cervicale)	☐ Acupuncture	☐ Hypnose
☐ rTMS	☐ Yoga, Pilate	☐ Méditation
☐ Stimulation médullaire	☐ Kinésiologie	☐ Musicothérapie
☐ Stimulation corticale	☐ Magnétiseur	☐ Art-thérapie (danse, écriture, peinture, dessin, …)

Parmi ces techniques, lesquelles vous apportent un soulagement ?

……
……
……
……
……
……

Autres prises en charge **efficaces**	Autres prises en charges **inefficaces**
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

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 :

- ☐ pratiquement 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 »

Nous allons maintenant nous intéresser à votre sommeil.
Pour chacune des questions suivantes, veuillez encercler le chiffre correspondant à votre sommeil.

1. Veuillez estimer la **SEVERITE** actuelle (sur le dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

   a. Difficultés à s'endormir

Aucune	Légère	Moyenne	Très importante	Extrêmement importante
0	1	2	3	4

   b. Difficultés à rester endormi(e)

0	1	2	3	4

   c. Problème de réveil trop tôt le matin

0	1	2	3	4

2. Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel ?

Très satisfait	Satisfait	Plutôt neutre	Insatisfait	Très insatisfait
0	1	2	3	4

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (par exemple, fatigue, concentration, mémoire, humeur) ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil soient **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ETE)/PREOCCUPE(E)** à propos de vos difficultés de sommeil ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

VOS ACTIVITES DE LOISIR

Par exemple, distraction, activité physique, hobbies, etc.

Aujourd'hui	Avant l'apparition de la douleur

QUELLES SONT VOS ATTENTES EN VENANT DANS NOTRE CENTRE ?

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

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

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

2ème partie	A remplir par le médecin traitant ou médecin qui oriente

Motif de consultation

Avis diagnostique ☐

Un essai de technique particulier (précisez) ☐

Une prise en charge thérapeutique ☐

Une prise en charge non médicamenteuse (précisez) ☐

Antécédents du patient : *médicaux, chirurgicaux, traumatiques et psychiatriques*

Examens complémentaires concernant cette douleur

nature	date	résultats

Questionnaire « DOULEUR CHRONIQUE »

Spécialistes consultés pour cette douleur

Neurologue	☐	**Gynécologue**	☐
Rhumatologue	☐	**Urologue**	☐
Médecin Médecine Physique et Réadaptative (MPR)	☐	**Psychiatre**	☐
Gastro-entérologue	☐	**Psychologue**	☐
Chirurgien orthopédiste	☐	**Autres(précisez)**	☐

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

TRAITEMENT ACTUEL

THERAPEUTIQUES antalgiques ESSAYEES

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

- Chirurgicale(s) :

- AUTRES

TAMPON MEDECIN