



Centre Hospitalier Dax - Côte d'Argent
Consultations Externes

Questionnaire d'évaluation
Pour la prise en charge de la douleur

Monsieur, Madame

Votre médecin vous adresse vers notre structure pour une prise en charge de la douleur .

- *Vous devez vous munir de ce courrier ET nous l'envoyer ou*
- *Votre médecin doit nous le faire parvenir*

Afin de vous proposer une prise en charge adaptée à votre situation , nous vous demandons de bien vouloir nous faire parvenir le questionnaire qui suit Pour cela vous devez

Soit Imprimer ce questionnaire, le remplir, joindre la lettre du médecin et renvoyer par courrier

Centre Hospitalier Dax Côte d'Argent
Secrétariat Consultation Douleur
Boulevard Yves du Manoir
BP 323
40107 DAX CEDEX

Soit Déposer le questionnaire et le courrier médical (boîte aux lettres dans le service de la consultation Douleur)

N' hésitez pas à vous faire aider par votre médecin traitant si vous rencontrez des difficultés .
Toutes ces données sont confidentielles

Lorsque nous serons en possession

- De la lettre
- Du questionnaire ci-dessous rempli

La secrétaire de la consultation prendra contact avec vous pour fixer avec vous un rendez vous dans les meilleurs délais .

Pensez à amener vos derniers documents radiologiques et bilans en lien avec votre douleur

Identité

NOM : Prénom :

Sexe :

Date de naissance : Age :

Adresse :

.....

Téléphone domicile : Portable/travail :

Situation de famille : Marié(e) Célibataire
Séparé(e) (date) Union libre
Veuf(ve) (date) Divorcé(e) (date)

Nombre d’enfants : Age des enfants :

Profession du conjoint :

Profession (actuelle ou avant cessation d’activité) :

Situation professionnelle : En activité Chômage Retraité(e)
Handicapé
Accident de travail (AT) Date de l’AT
Autre (préciser)

Médecin traitant :

Quelle est votre douleur ?

Comment la décrivez vous ?

Quand est elle apparue ?

Connaissez-vous la cause de votre douleur ? (accident – maladie – opération –
accident de travail – effort ...) :

Quelle intensité de votre douleur ?

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l’importance de votre
douleur

1/ Douleur habituelle

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------------

2/ Douleur aux moments les plus douloureux

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------------

3/ Douleur aux moments les moins douloureux

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------------

La douleur est apparue : Progressivement Brutalement

Depuis le début, la douleur : a-t-elle augmenté ? a-t-elle diminué ? est restée stable ?

Quelle est la fréquence de vos douleurs :
permanente
plusieurs fois par jour
plusieurs fois par semaine
une fois par semaine environ
une fois par mois environ
variable

Citer ce qui semble augmenter vos douleurs : -

-

-

Citer ce qui semble calmer vos douleurs : -

-

-

Quels sont les examens complémentaires (radiographies, scanners, ...) que vous avez réalisés ?

Examens	Date

Quels sont les enjeux professionnels ?

Existe-t-il des litiges ou des conflits au niveau professionnel : OUI
(si OUI, lesquels) : NON

Envisagez-vous un reclassement professionnel : OUI
NON

Percevez-vous une pension du fait de la douleur ou de sa cause : OUI
(si OUI : pensez-vous qu’elle doit être réévaluée ?) : NON

Etes-vous en litige avec la sécurité sociale (ou autre organisme social) : OUI
Si OUI, lequel ? NON

Devez-vous avoir une expertise prochainement (sécurité sociale, cotorep) :
OUI

Si OUI, quand ?

NON

Quel est votre traitement actuel ?

<i>Médicaments contre la douleur</i>	<i>Effets</i>
<i>Moyens non médicamenteux</i>	<i>Effets</i>
Stimulation électrique	
Kinésithérapie	
Centre de rééducation	
Ostéopathie	
Acupuncture	
Psychothérapie	
Relaxation	
Sophrologie	
Hypnose	
Massages	
Cure thermale	
Autres	

--	--

Infiltration(s) : OUI NON

Type d’infiltration :

Date :

Médecin :

A diminué ou stoppé la douleur : OUI NON

Quel est votre retentissement émotionnel ?

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies et de vos douleurs

Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider.

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.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire.
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.

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.

Merci d’entourer le chiffre correspondant à votre réponse.

Je me sens tendu ou énervé :

- 3 La plupart du temps
- 2 Souvent
- 1 De temps en temps
- 0 Jamais

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- 0 Oui, tout autant
- 1 Pas autant
- 2 Un peu seulement
- 3 Presque plus

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

- 3 Oui, très nettement
- 2 Oui, mais ce n'est pas grave
- 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0 Pas du tout

Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- 0 Autant que par le passé
- 1 Plus autant qu'avant
- 2 Vraiment moins qu'avant
- 3 Plus du tout

Je me fais du souci :

- 3 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 1 Occasionnellement
- 0 Très occasionnellement

Je suis de bonne humeur :

- 3 Jamais
- 2 Rarement
- 1 Assez souvent
- 0 La plupart du temps

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

- 0 Oui, quoi qu'il arrive
- 1 Oui, en général
- 2 Rarement
- 3 Jamais

- J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :**
- 3 Presque toujours
2 Très souvent
1 Parfois
0 Jamais
- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :**
- 0 Jamais
1 Parfois
2 Assez souvent
3 Très souvent
- Je ne m'intéresse plus à mon apparence :**
- 3 Plus du tout
2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrai
1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0 J'y prête autant d'attention que par le passé
- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :**
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas
2 Un peu
1 Pas tellement
0 Pas du tout
- Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :**
- 0 Autant qu'avant
1 Un peu moins qu'avant
2 Bien moins qu'avant
3 Presque jamais
- J'éprouve des sensations soudaines de panique :**
- 3 Vraiment très souvent
2 Assez souvent
1 Pas très souvent
0 Jamais
- Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :**
- 0 Souvent
1 Parfois
2 Rarement
3 Très rarement

--	--

Avez-vous des remarques ?