



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Ce questionnaire est un outil d'aide à la consultation d'évaluation et de traitement de la douleur. Son objectif est de préciser la douleur que vous ressentez et son retentissement.

Nous vous demandons de répondre à toutes les questions mais si l'une d'elles vous pose un problème, ne vous y arrêtez pas, elle sera abordée lors de la consultation. Vous pouvez aussi vous faire aider par votre médecin référent/traitant pour la première partie.

Cet auto-questionnaire devra être adressé au secrétariat de la consultation afin de vous proposer un rendez-vous.

Date : ___/___/_____

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance: ___/___/_____

Adresse : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

VOS MEDECINS	
Médecin Traitant Dr.	
Adresse :	
Tel :	Mail :
Rhumatologue Dr.	
Adresse :	
Tel :	Mail :
Neurologue Dr.	
Adresse :	
Tel :	Mail :
Psychologue/ Psychiatre Dr.	
Adresse :	
Tel :	Mail :
Chirurgien Dr.	
Adresse :	
Tel :	Mail :

Avez-vous déjà été pris en charge en consultation douleur ?

Non Oui, où? _____

ANTECEDENTS MEDICAUX (MALADIE)	ANTECEDENTS CHIRURGICAUX (+ DATE)

➤ **Profession :** _____

A temps plein A temps partiel A mi-temps thérapeutique

➤ **Etes-vous en arrêt de travail ?** Oui Non
 Depuis quand (date) ? ___/___/___
 Suite à un accident de travail ? Oui Non

➤ **Etes-vous en longue maladie ?** Oui Non
 Depuis le : ___/___/___

➤ **Etes-vous en invalidité ?** Oui Non
 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

➤ **Motif de consultation :** _____

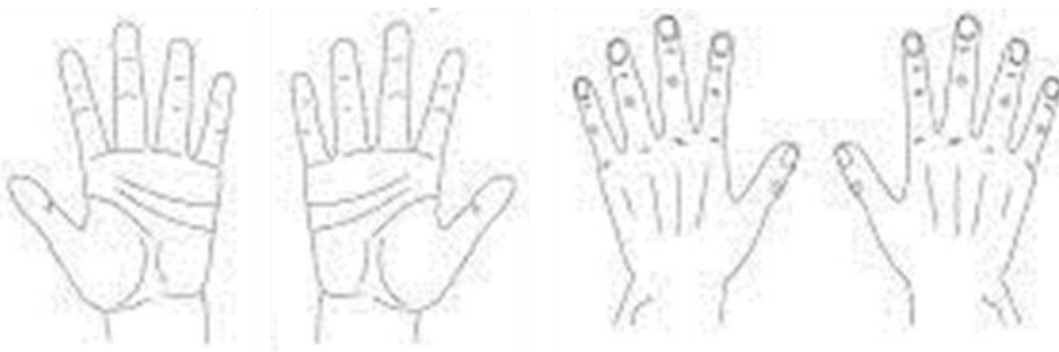
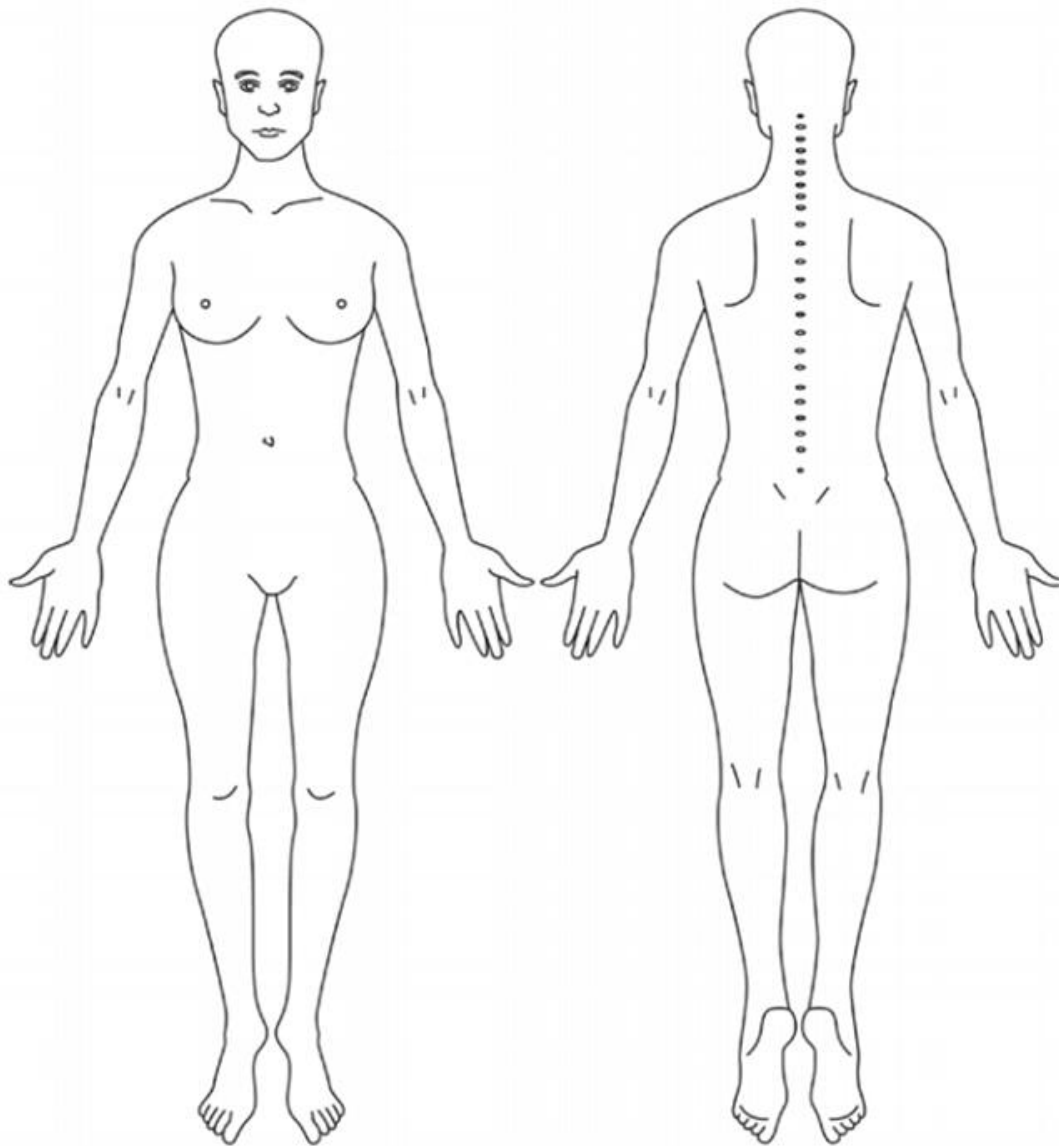
➤ **Quand cette douleur a-t-elle commencé ?** ___/___/___

➤ **Connaissez-vous la cause ?** Non Oui : _____

➤ **La douleur est :**
 Diurne Nocturne
 Permanente Intermittente
 Tous les jours Quelques jours

➤ **Localisation de la douleur :**

- Hachurez (/////) la zone douloureuse
- Mettez une croix (X) sur la région la plus douloureuse
- Indiquez par des flèches (→) le trajet des irradiations.



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

TRAITEMENTS TESTES POUR SOULAGER			
Anti-inflammatoire	<input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace	Acupuncture <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé <input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace
Paracétamol	<input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace	Auriculothérapie <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé <input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace
Tramadol	<input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace	Psychothérapie <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé <input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace
Morphine	<input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace	Kinésithérapie <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé <input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace
Antidépresseur	<input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace	Balnéothérapie <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé <input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace
Lyrica – Neurontin	<input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace	Ostéopathie <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé <input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace
Versatis	<input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace	Application de froid <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé <input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace
Infiltration	<input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace	Application de chaud <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé <input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace
			Bains écossais <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé <input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace
TENS	<input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace	Hypnose <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non testé <input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Inefficace
AUTRES TRAITEMENTS ESSAYES			

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX ACTUEL				
Nom (avec la dose)	Posologie journalière			
	Matin	Midi	Soir	Coucher

CARACTERISTIQUES DE VOTRE DOULEUR

1. Intensité de votre douleur

Vous trouverez ci-dessous une échelle numérotée de 0 à 10 pour évaluer l'intensité de votre douleur. Il s'agit d'une évaluation personnelle et subjective, en aucun cas il ne faut vous comparer à une personne douloureuse de votre entourage.

Le chiffre 0 correspond à « pas de douleur », le chiffre 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

Douleur au repos										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Douleur moyenne la journée										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Douleur maximale au mouvement										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Qualificatifs de la douleur

QUESTIONNAIRE DN4	OUI	NON
<i>La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ? faites une croix</i>		
Brûlures		
Sensation de froid douloureux		
Décharges électriques		
<i>La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?</i>		
Fourmillements		
Picotements		
Engourdissements		
Démangeaisons		
<i>La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?</i>		
A une perte de sensibilité au toucher		
A une perte de sensibilité au piquer		
<i>La douleur est-elle augmentée ou provoquée par le frottement ?</i>		

ENTOUREZ LES QUALIFICATIFS DE VOTRE DOULEUR

Elancements	Tiraillement	Lourdeur	Insupportable
Pénétrante	Brûlure	Epuisante	Enervante
Coup de poignard	Fourmillements	Angoissante	Exaspérante
En étaiu	Décharges électriques	Obsédante	Déprimante

3. Evaluation du retentissement de votre douleur ?

Ne faites pas attention aux chiffres imprimés à droite du questionnaire, lisez chaque série de questions et cochez avec le maximum de spontanéité.

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">Je me sens tendu ou énervé</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Jamais</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> De temps en temps</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Souvent</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> La plupart du temps</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Pas du tout</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Un peu, mais cela ne m'inquiète pas</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Oui, mais ce n'est pas grave</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Oui très nettement</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">Je me fais du souci</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Très occasionnellement</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Occasionnellement</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Assez souvent</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Très souvent</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Oui, quoiqu'il arrive</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Assez souvent</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Rarement</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Jamais</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Jamais</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Parfois</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Assez souvent</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Très souvent</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Pas du tout</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Pas tellement</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Un peu seulement</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Oui, c'est tout à fait le cas</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">J'éprouve des sensations soudaines de panique</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Jamais</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Pas très souvent</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Assez souvent</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Vraiment très souvent</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3</td> </tr> </table>	Je me sens tendu ou énervé		<input type="checkbox"/> Jamais	0	<input type="checkbox"/> De temps en temps	1	<input type="checkbox"/> Souvent	2	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	3	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver		<input type="checkbox"/> Pas du tout	0	<input type="checkbox"/> Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1	<input type="checkbox"/> Oui, mais ce n'est pas grave	2	<input type="checkbox"/> Oui très nettement	3	Je me fais du souci		<input type="checkbox"/> Très occasionnellement	0	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	1	<input type="checkbox"/> Assez souvent	2	<input type="checkbox"/> Très souvent	3	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté		<input type="checkbox"/> Oui, quoiqu'il arrive	0	<input type="checkbox"/> Assez souvent	1	<input type="checkbox"/> Rarement	2	<input type="checkbox"/> Jamais	3	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué		<input type="checkbox"/> Jamais	0	<input type="checkbox"/> Parfois	1	<input type="checkbox"/> Assez souvent	2	<input type="checkbox"/> Très souvent	3	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place		<input type="checkbox"/> Pas du tout	0	<input type="checkbox"/> Pas tellement	1	<input type="checkbox"/> Un peu seulement	2	<input type="checkbox"/> Oui, c'est tout à fait le cas	3	J'éprouve des sensations soudaines de panique		<input type="checkbox"/> Jamais	0	<input type="checkbox"/> Pas très souvent	1	<input type="checkbox"/> Assez souvent	2	<input type="checkbox"/> Vraiment très souvent	3	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Oui, tout autant</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Pas autant</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Un peu seulement</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Presque plus</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">Je ris facilement et vois le bon côté des choses</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Autant que par le passé</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Plus autant qu'avant</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Vraiment moins qu'avant</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Plus du tout</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">Je suis de bonne humeur</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> La plupart du temps</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Assez souvent</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Rarement</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Jamais</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Jamais</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Parfois</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Très souvent</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Presque toujours</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">Je ne m'intéresse plus à mon apparence</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> J'y prête autant d'attention que par le passé</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Il se peut que j'y fasse attention plus autant qu'avant</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Plus du tout</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Autant qu'auparavant</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Un peu moins qu'avant</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Bien moins qu'avant</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Presque jamais</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télé</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Souvent</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Parfois</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Rarement</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Très rarement</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">3</td> </tr> </table>	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois		<input type="checkbox"/> Oui, tout autant	0	<input type="checkbox"/> Pas autant	1	<input type="checkbox"/> Un peu seulement	2	<input type="checkbox"/> Presque plus	3	Je ris facilement et vois le bon côté des choses		<input type="checkbox"/> Autant que par le passé	0	<input type="checkbox"/> Plus autant qu'avant	1	<input type="checkbox"/> Vraiment moins qu'avant	2	<input type="checkbox"/> Plus du tout	3	Je suis de bonne humeur		<input type="checkbox"/> La plupart du temps	0	<input type="checkbox"/> Assez souvent	1	<input type="checkbox"/> Rarement	2	<input type="checkbox"/> Jamais	3	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti		<input type="checkbox"/> Jamais	0	<input type="checkbox"/> Parfois	1	<input type="checkbox"/> Très souvent	2	<input type="checkbox"/> Presque toujours	3	Je ne m'intéresse plus à mon apparence		<input type="checkbox"/> J'y prête autant d'attention que par le passé	0	<input type="checkbox"/> Il se peut que j'y fasse attention plus autant qu'avant	1	<input type="checkbox"/> Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais	2	<input type="checkbox"/> Plus du tout	3	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses		<input type="checkbox"/> Autant qu'auparavant	0	<input type="checkbox"/> Un peu moins qu'avant	1	<input type="checkbox"/> Bien moins qu'avant	2	<input type="checkbox"/> Presque jamais	3	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télé		<input type="checkbox"/> Souvent	0	<input type="checkbox"/> Parfois	1	<input type="checkbox"/> Rarement	2	<input type="checkbox"/> Très rarement	3
Je me sens tendu ou énervé																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Jamais	0																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> De temps en temps	1																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Souvent	2																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> La plupart du temps	3																																																																																																																																												
J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Pas du tout	0																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Oui, mais ce n'est pas grave	2																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Oui très nettement	3																																																																																																																																												
Je me fais du souci																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Très occasionnellement	0																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Occasionnellement	1																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Assez souvent	2																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Très souvent	3																																																																																																																																												
Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Oui, quoiqu'il arrive	0																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Assez souvent	1																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Rarement	2																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Jamais	3																																																																																																																																												
J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Jamais	0																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Parfois	1																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Assez souvent	2																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Très souvent	3																																																																																																																																												
J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Pas du tout	0																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Pas tellement	1																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Un peu seulement	2																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Oui, c'est tout à fait le cas	3																																																																																																																																												
J'éprouve des sensations soudaines de panique																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Jamais	0																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Pas très souvent	1																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Assez souvent	2																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Vraiment très souvent	3																																																																																																																																												
Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Oui, tout autant	0																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Pas autant	1																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Un peu seulement	2																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Presque plus	3																																																																																																																																												
Je ris facilement et vois le bon côté des choses																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Autant que par le passé	0																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Plus autant qu'avant	1																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Vraiment moins qu'avant	2																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Plus du tout	3																																																																																																																																												
Je suis de bonne humeur																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> La plupart du temps	0																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Assez souvent	1																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Rarement	2																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Jamais	3																																																																																																																																												
J'ai l'impression de fonctionner au ralenti																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Jamais	0																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Parfois	1																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Très souvent	2																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Presque toujours	3																																																																																																																																												
Je ne m'intéresse plus à mon apparence																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> J'y prête autant d'attention que par le passé	0																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Il se peut que j'y fasse attention plus autant qu'avant	1																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais	2																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Plus du tout	3																																																																																																																																												
Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Autant qu'auparavant	0																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Un peu moins qu'avant	1																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Bien moins qu'avant	2																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Presque jamais	3																																																																																																																																												
Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télé																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Souvent	0																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Parfois	1																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Rarement	2																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Très rarement	3																																																																																																																																												

Les questions suivantes abordent le retentissement sur votre quotidien. Pour chacune des questions, veuillez renseigner votre gêne (0 = aucune gêne, 10 = gêne maximale).

Humeur										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Capacité à marcher										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Travail habituel										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sommeil										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gout de vivre										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Questions diverses

Quels sont les éléments aggravant votre douleur ?

.....

Quels sont les éléments soulageant votre douleur ?

.....

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la consultation douleur ?

.....

Avez-vous d'autres éléments à nous communiquer ?

.....

Merci d'adresser ce questionnaire par mail au secrétariat de la consultation d'évaluation et de traitement de la douleur afin qu'il soit évalué par un médecin.

Mail : secanesthesie94500@hotmail.com

Secrétariat d'anesthésie réanimation
Centre d'évaluation et de traitement de la douleur
Hopital Privé Paul d'Egine
4 avenue Max Dormoy
94500 Champigny Sur Marne
Tel : 01.49.83.67.30

Merci d'apporter avec vous lors de votre consultation tous les documents médicaux (compte rendu de radiologie, biologie ou autres examens) ainsi que la dernière ordonnance nécessaire à votre prise en charge.