CH ANNECY GENEVOIS

CENTRE D'ETUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

QUESTIONNAIRE D'ORIENTATION

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

Adresse : **Tél. domicile :**
Tél. portable :

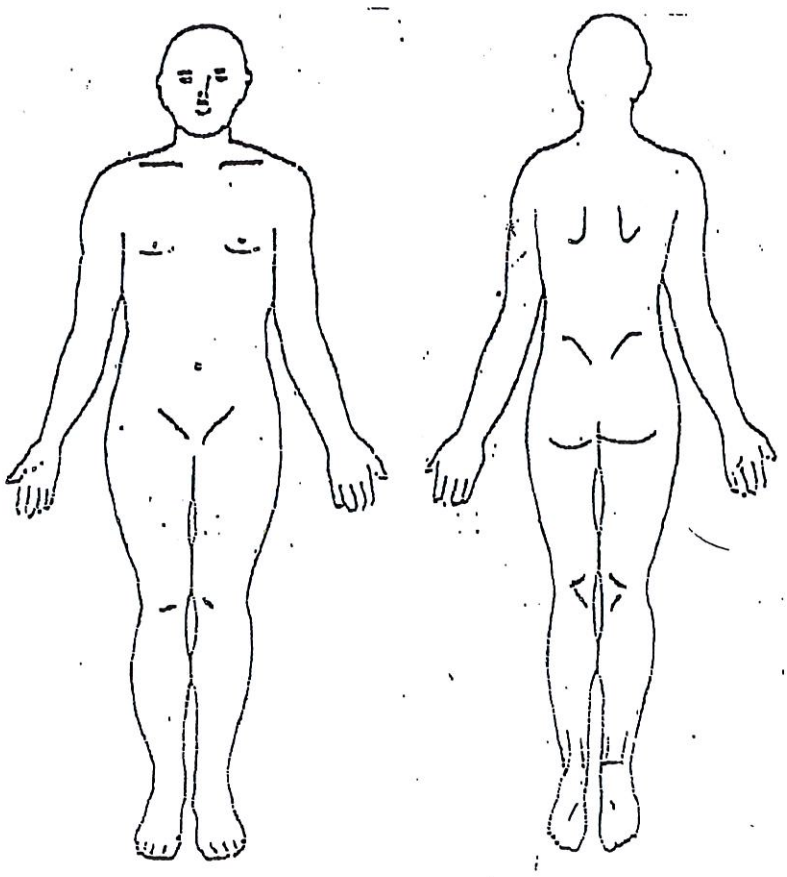
Médecin Traitant :

Ce questionnaire est destiné à préparer et faciliter votre consultation.
Merci de le remplir complètement et précisément.

Date du jour où vous le remplissez le : .....

1 - LOCALISATION DE VOTRE DOULEUR

Indiquer par de grosses croix la ou les région (s) douloureuse (s)



2 - CARACTERES DE VOTRE DOULEUR

1 - Depuis combien de temps avez vous mal ? semaine ☐
mois ☐
année ☐

2 - La douleur est-elle apparue progressivement ☐
brutalement ☐

3 - Depuis le début, la douleur a-t-elle augmenté ☐
a-t-elle diminué ☐
est-elle restée stable ☐

4 - Quelle est la fréquence de vos douleurs ?
Permanente ☐
Plusieurs fois par jour ☐
Plusieurs fois par semaine ☐
1 fois par semaine environ ☐
1 fois par mois ou moins ☐
Variable ☐

5 - A quels moments du jour et /ou de la nuit souffrez-vous ? .....
.....

6 - Quels sont les facteurs qui déclenchent ou augmentent votre douleur ?
(exemple : tension nerveuse, fatigue, changement de temps, arrêt de traitement, type d'activités,...)
.....

7 - Quels sont les facteurs qui soulagent votre douleur ?
(exemple : repos, calmant, chaleur, froid, position, activité,...)
.....

8 - Connaissez-vous l'origine de votre douleur ? oui ☐ non ☐
Si oui, laquelle :
.....

9 - La douleur vous gêne-t-elle dans votre activité quotidienne ?
Pas du tout ☐
Un peu ☐
Modérément ☐
Beaucoup ☐

10 - Vous sentez-vous anxieux ?
Pas du tout ☐
Un peu ☐
Modérément ☐
Beaucoup ☐

11 - Vous sentez-vous déprimé ?
Pas du tout ☐
Un peu ☐
Modérément ☐
Beaucoup ☐

12 - Depuis l'apparition de votre douleur, votre sommeil est-il ?
Inchangé ☐
Diminué ☐
Augmenté ☐
Perturbé ☐

3 - Actuellement, quel est votre temps de sommeil ? |____|

- ECHELLE DE QUALIFICATION DE LA DOULEUR (QDSA)

chez les mots qui correspondent le mieux à votre douleur dans la 1ière case puis, mettez une note de 0 à 4 ıs la 2ième case, à l'aide du tableau ci-dessous.

0 ABSENT	ou	PAS DU TOUT
1 FAIBLE	ou	UN PEU
2 MODERE	ou	MOYENNEMENT
3 FORT	ou	BEAUCOUP
4 EXTREMEMENT FORT	ou	EXTREMEMENT

	BATTEMENTS	☐	☐
	PULSATIONS	☐	☐
	ELANCEMENTS	☐	☐
	EN ECLAIRS	☐	☐
	DECHARGES ELECTRIQUES	☐	☐
	COUP DE MARTEAU	☐	☐
	RAYONNANTE	☐	☐
	IRRADIANTE	☐	☐
	PIQURE	☐	☐
	COUPURE	☐	☐
	PENETRANTE	☐	☐
	TRANSPERCANTE	☐	☐
	COUPS DE POIGNARD	☐	☐
	PINCEMENT	☐	☐
	SERREMENT	☐	☐
	COMPRESSION	☐	☐
	ECRASEMENT	☐	☐
	EN ETAU	☐	☐
	BROIEMENT	☐	☐
	TIRAILLEMENT	☐	☐
	ETIREMENT	☐	☐
	DISTENSION	☐	☐
	DECHIRURE	☐	☐
	TORSION	☐	☐
	ARRACHEMENT	☐	☐
	CHALEUR	☐	☐
	BRULURE	☐	☐
	FROID	☐	☐
	GLACE	☐	☐
H	PICOTEMENTS	☐	☐
	FOURMILLEMENTS	☐	☐
	DEMANGEAISONS	☐	☐
I	ENGOURDISSEMENT	☐	☐
	LOURDEUR	☐	☐
	SOURDE	☐	☐
J	FATIGANTE	☐	☐
	EPUISANTE	☐	☐
	EREINTANTE	☐	☐
K	NAUSEEUSE	☐	☐
	SUFFOCANTE	☐	☐
	SYNCOPALE	☐	☐
L	INQUIETANTE	☐	☐
	OPPRESSANTE	☐	☐
	ANGOISSANTE	☐	☐
M	HARCELANTE	☐	☐
	OBSEDANTE	☐	☐
	CRUELLE	☐	☐
	TORTURANTE	☐	☐
	SUPPLICIANTE	☐	☐
N	GENANTE	☐	☐
	DESAGREABLE	☐	☐
	PENIBLE	☐	☐
	INSUPPORTABLE	☐	☐
O	ENERVANTE	☐	☐
	EXASPERANTE	☐	☐
	HORRIPILANTE	☐	☐
P	DEPRIMANTE	☐	☐
	SUICIDAIRE	☐	☐

- INTENSITE DE VOTRE DOULEUR

nner une note de 0 à 10, pour indiquer le niveau d'intensité de votre douleur
= pas de la douleur, 10 = douleur maximum imaginable)

ɔbalement |____|
x moments les plus douloureux |____|
ıx moments les moins douloureux |____|

5 - TRAITEMENT DE LA DOULEUR

16 - Pour cette douleur, pouvez-vous noter le nombre de médecins ou thérapeutes consultés ? |____|

Précisez :

Rhumatologue
Neurologue
Chirurgien
Psychiatre

Psychologue
Homéopathe
Kinésithérapeute
Autres...

17 - Quels traitements avez-vous déjà eu pour vos douleurs ?

	OUI	NON
MEDICAMENTS		
CHIRURGIE		
INFILTRATIONS		
KINESITHERAPIE		
CENTRE DE REEDUCATION		
ACUPUNCTURE		
MANIPULATION		
CURE THERMALE		
RELAXATION		
STIMULATIONS ELECTRIQUES		
PSYCHOTHERAPIE		
AUTRES		

Si MEDICAMENTS, lesquels

-
-
-
-
-
-

18 - Inscrivez votre traitement actuel :

a) Médicaments contre votre douleur :

-
-
-

b) Autres traitements :

-
-
-

6 - CONTEXTE SOCIO-PROFESSIONNEL

19 - Etes-vous en arrêt maladie ? oui ☐ non ☐
Si oui, depuis quelle date .....
Etes-vous en accident de travail ? oui ☐ non ☐
Si oui, date de l'accident .....
Pensez-vous reprendre votre travail au même poste ? oui ☐ non ☐
Envisagez-vous un reclassement professionnel ? oui ☐ non ☐

7 - QU'ATTENDEZ-VOUS DE LA CONSULTATION DOULEUR ?

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

Rajoutez ce que vous aimeriez signaler d'autre :
.....
.....
.....

ANNECY GENEVOIS

Echelle HAD

Hospital Anxiety and Depression Scale

Service : **Nom :**

Date : **Prénom :**

Dans la série de questions ci-dessous, cochez 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 apporter : 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 ou énervé :		
	3	☐ la plupart du temps	☐ de temps en temps	1
	2	☐ souvent	☐ jamais	0
		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :		
0		☐ oui, tout autant	☐ un peu seulement	2
1		☐ pas autant	☐ presque plus	3
		J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :		
	3	☐ oui, très nettement	☐ un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1
	2	☐ oui, mais ce n'est pas grave	☐ pas du tout	0
		Je ris facilement et vois le bon côté des choses :		
0		☐ autant que par le passé	☐ vraiment moins qu'avant	2
1		☐ plus autant qu'avant	☐ plus du tout	3
		Je me fais du souci :		
	3	☐ très souvent	☐ occasionnellement	1
	2	☐ assez souvent	☐ très occasionnellement	0
		Je suis de bonne humeur :		
3		☐ jamais	☐ assez souvent	1
2		☐ rarement	☐ la plupart du temps	0
		Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :		
	0	☐ oui, quoi qu'il arrive	☐ rarement	2
	1	☐ oui, en général	☐ jamais	3
		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :		
3		☐ presque toujours	☐ parfois	1
2		☐ très souvent	☐ jamais	0
		J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :		
	0	☐ jamais	☐ assez souvent	2
	1	☐ parfois	☐ très souvent	3
		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :		
3		☐ plus du tout	☐ il se peut que je n'y fasse plus autant attention	1
2		☐ je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais	☐ j'y prête autant d'attention que par le passé	0
		J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :		
	3	☐ oui, c'est tout à fait le cas	☐ pas tellement	1
	2	☐ un peu	☐ pas du tout	0
		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :		
0		☐ autant qu'auparavant	☐ bien moins qu'avant	2
1		☐ un peu moins qu'avant	☐ presque jamais	3
		J'éprouve des sensations soudaines de panique :		
	3	☐ vraiment très souvent	☐ pas très souvent	1
	2	☐ assez souvent	☐ jamais	0
		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :		
0		☐ souvent	☐ rarement	2
1		☐ parfois	☐ très rarement	3
D=	A=	TOTAL A=	TOTAL D=	D= A=