

QUESTIONNAIRE D'ORIENTATION

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse : Tél. domicile :
Tél. portable :

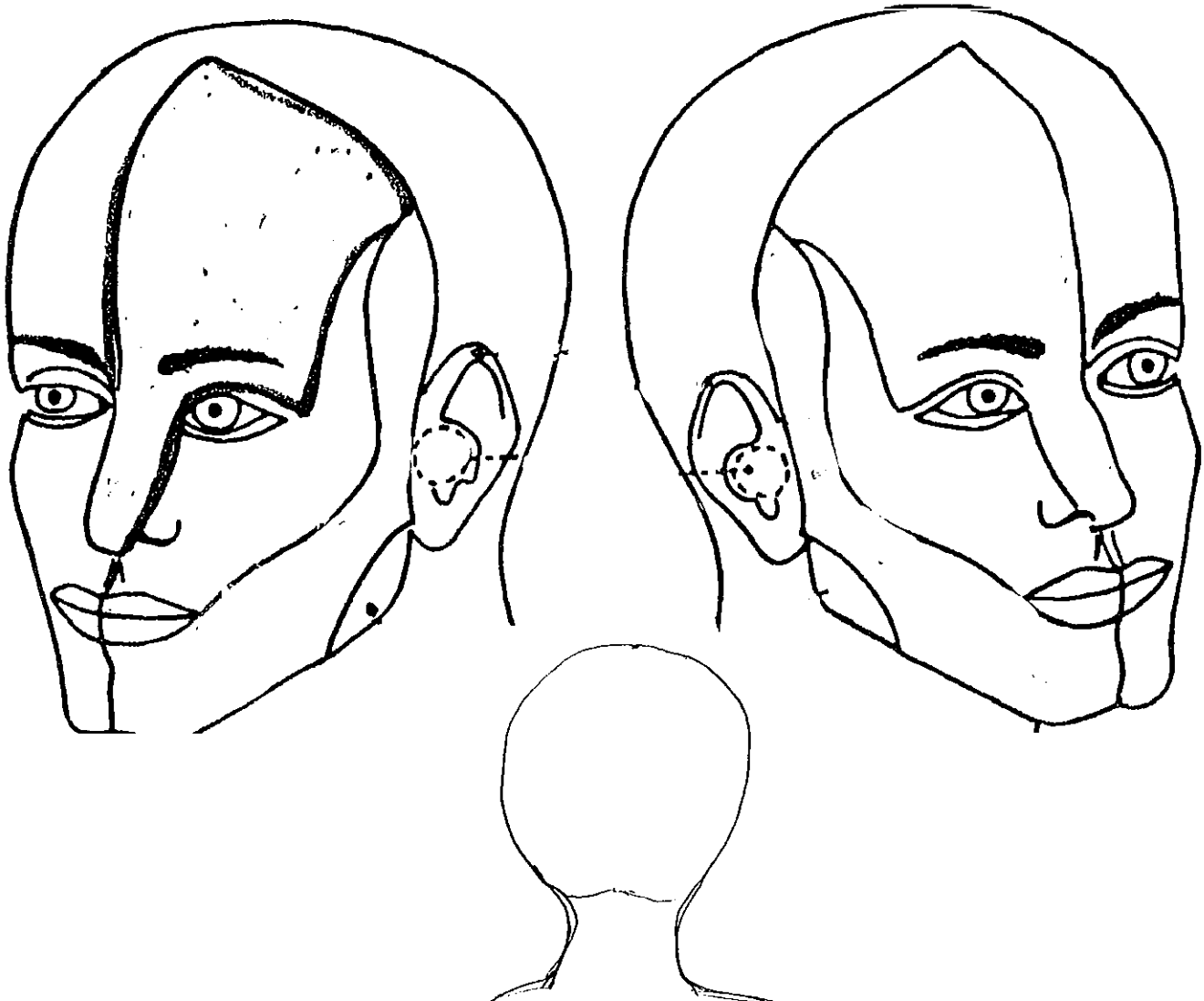
Médecin Traitant :

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 des maux de tête ? semaine
mois
année
- 2 - Les maux de tête apparaissent-ils progressivement
brutalement
- 3 - Depuis le début, les maux de tête ont-ils augmentés
ont-ils diminués
sont-ils restés stables
- 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 le diagnostic de vos maux de tête ? oui non
Si oui, lequel :

Niveau de douleur

Niveau actuel de la douleur

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

Niveau acceptable de la douleur

Besoin d'amélioration

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Activité quotidienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacité à travailler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relation avec les autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Effets indésirables dus aux traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Prise en charge

HIT-6™ QUESTIONNAIRE SUR L'IMPACT DES MAUX DE TÊTE



Ce questionnaire a été conçu pour vous aider à décrire et à exprimer ce que vous ressentez et ce que vous ne pouvez pas faire à cause de vos maux de tête.

Pour chaque question, veuillez cocher la case correspondant à votre réponse.

1

Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense?

Jamais

Rarement

De temps en temps

Très souvent

Tout le temps

2

Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?

Jamais

Rarement

De temps en temps

Très souvent

Tout le temps

3

Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger?

Jamais

Rarement

De temps en temps

Très souvent

Tout le temps

4

Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête?

Jamais

Rarement

De temps en temps

Très souvent

Tout le temps

5

Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous éprouvé un sentiment de «ras-le-bol» ou d'agacement à cause de vos maux de tête?

Jamais

Rarement

De temps en temps

Très souvent

Tout le temps

6

Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?

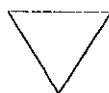
Jamais

Rarement

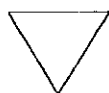
De temps en temps

Très souvent

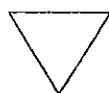
Tout le temps



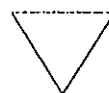
COLONNE 1
(6 points par réponse)



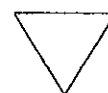
COLONNE 2
(8 points par réponse)



COLONNE 3
(10 points par réponse)



COLONNE 4
(11 points par réponse)



COLONNE 5
(13 points par réponse)

Pour calculer votre score total, additionnez les points obtenus pour chaque colonne.

Veuillez montrer les résultats de ce questionnaire (HIT-6) à votre médecin.

Score Total

Plus le score est élevé, plus l'impact des maux de tête sur votre vie est important.

Les scores sont compris entre 36 et 78.

5 - TRAITEMENT DE LA DOULEUR

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

Précisez :

Rhumatologue	Psychologue
Neurologue	Homéopathe
Chirurgien	Kinésithérapeute
Psychiatre	Autres...

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

	OUI	NON	
MEDICAMENTS			Si <u>MEDICAMENTS</u> , lesquels
CHIRURGIE			-
INFILTRATIONS			-
KINESITHERAPIE			-
CENTRE DE REEDUCATION			-
ACUPUNCTURE			-
MANIPULATION			-
CURE THERMALE			
RELAXATION			
STIMULATIONS ELECTRIQUES			
PSYCHOTHERAPIE			
AUTRES			

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