



**Centre Hospitalier Anecy Genevois
CETD**

1 Avenue de l'Hôpital
74370 EPAGNY METZ TESSY

Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur

Secrétariat : 04 50 63 68 74

**QUESTIONNAIRE PEDIATRIQUE (jusqu'à 17 ans)
POUR L'ÉVALUATION DES CEPHALEES ET DOULEURS ORO-FACIALES
(A REMPLIR CONJOINTEMENT PAR LES PARENTS ET L'ENFANT)**

DATE DU 1^{ER} RENDEZ-VOUS :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom : Prénom : Sexe :

Date de naissance:Lieu de naissance :

	MERE	PERE
Adresse		
Téléphone		
Mail		
Profession		

Situation familiale :

PARENTS : Etes-vous :

Célibataires Mariés PACsés En concubinage Veuf(ve)

Séparés ou divorcés . Si oui, titulaire de l'autorité parentale ? :

Nombre d'enfants (années de naissance) :

ENFANT : Etes-vous :

Scolarité : Ecole Collège Lycée (Professionnel / Général)

Classe :

Absentéisme scolaire En affection longue durée (ALD) En invalidité

Précisez la date et le motif :

Etes-vous en litige ?

Avec la CPAM Autre organisme de santé avec un tiers

Médecin traitant (nom et adresse) :

Médecins spécialistes déjà consultés (y compris les Centres de la Douleur)

NOTE D'INFORMATION PATIENT

MADAME, MONSIEUR,

Pour prendre en charge vos douleurs, le médecin du centre doit réunir des informations sur les antécédents de votre enfant, sur ses douleurs, les traitements médicamenteux et non-médicamenteux, mais aussi sur votre contexte de vie. Nous vous demandons donc de bien vouloir remplir ce carnet-patient, afin de faciliter l'échange entre vous et les différents médecins, pharmaciens et/ou autres soignants qui s'occuperont de votre enfant.

Certaines de ces données médicales sont susceptibles d'être analysées et traitées de manière anonyme par le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) pour mieux comprendre certaines formes de céphalées ou de névralgies sauf si vous ne souhaitez pas que ces données soient utilisées. Merci alors de le préciser.

Nous vous remercions par avance de votre coopération.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX GENERAUX

- **Antécédents familiaux** : dans la famille, existe-il-des antécédents de :

Migraines ? Oui Non

Si oui, précisez quel(s) membre(s) de la famille :

.....

autres pathologies ? : Précisez :

- **Antécédents de l'enfant** :

Avez-vous déjà été **opéré(e)** : si oui précisez motif et date :

.....

.....

Avez-vous déjà souffert de **traumatisme** :

crânien Oui Non ; cervical Oui Non ;

autre type d'agression : si oui, précisez + date :

.....

Activité sportive : Oui . Précisez :

Non

- **Traitement actuel** (traitements antalgiques ET non-antalgiques)

.....

.....

.....

Contraception ? : précisez :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX « CEPHALEES DOULEURS DE LA FACE » :

Motif de la consultation :

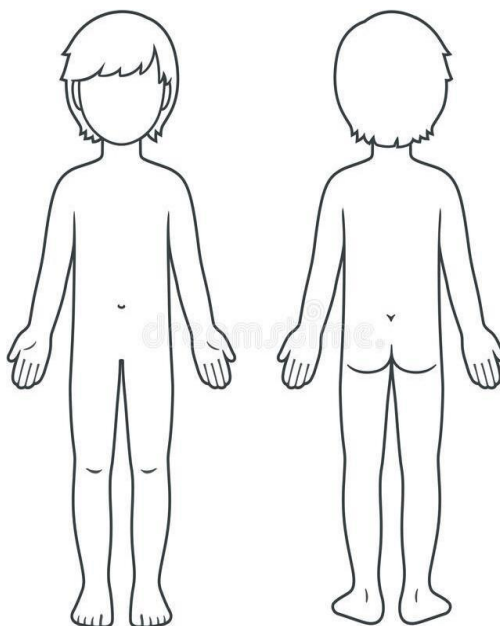
.....
.....

Début de la douleur :

Localisation de la douleur : A REMPLIR IMPERATIVEMENT PAR L'ENFANT

En rouge la douleur principale ou les « grosses » douleurs.

En bleu la douleur secondaire ou les « petites » douleurs.



Type de mal de tête :

Pulsation Serrement Décharges électriques Fourmillements Brûlures

Durée de la douleur :

Facteurs associés au cours des douleurs :

Existe-il une gêne ou une intolérance à :

Lumière Oui Non ; Bruit Oui Non ; odeurs Oui Non

Présentez-vous des :

nausées Oui Non ; vomissements Oui Non ;

Existe-t-il :

Rougeur oculaire Oui Non ; œdème de la paupière Oui Non ;

Larmoiement Oui Non ; écoulement nasal ou nez bouché Oui Non ;

Tendance à l'alitement ou tendance à bouger Oui Non ;

précisez :

Autre :

Avant la douleur : L'enfant a-t-il déjà présenté des troubles visuels, des fourmillements ou d'autres troubles neurologiques juste avant, pendant, ou après la migraine ?

Si oui, décrivez :
.....

S'agit-il de céphalées évoluant :

Par crises avec des jours sans douleur ? Oui Non ;

Par crises avec un fond douloureux quasi-permanent Oui Non ;

En moyenne quel est le nombre total de **jours de céphalées par mois** :

Avez-vous remarqué l'existence de facteurs déclenchant les céphalées :

- Levée de stress (début de vacances, week-end) ? Oui Non ;
- Excès ou manque de sommeil ? Oui Non ;
- Jeûn ou repas abondant ? Oui Non ;
- Chaleur ? Oui Non ;
- Luminosité ? Oui Non ;
- Matin, soir, nuit ? Oui Non ;
- Règles ? Oui Non ;
- Activités sportives intenses (foot, tennis...) ? Oui Non ;
- Certaines odeurs ? Oui Non ;

Autres ?

.....

L'enfant présente-t-il d'autres douleurs de la face :

Douleurs des articulations tempororo-mandibulaires, bruxisme Oui Non ;

Douleurs cervicales Oui Non ;

Sinusite Oui Non ;

Problème ophtalmologique Oui Non ; Correction Oui Non ;

Douleurs autres :

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

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

En cas de crise :

Quel est votre traitement actuel ?

.....

Quels traitements avez-vous déjà essayé (efficacité ? tolérance ?)

.....

.....

Traitements préventifs =traitement de fond = à prendre tous les jours :

Avez-vous actuellement un traitement préventif, si oui lequel ?

.....

Quels traitements avez-vous déjà essayé ? efficacité ? tolérance ? posologie ?

.....

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENT NON-MEDICAMENTEUX

Avez-vous déjà bénéficié de traitements tels que :

Relaxation/hypnose ou sophrologie : précisez

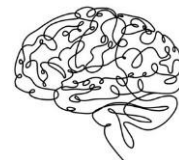
Neurostimulation Transcutanée (TENS) :

Prise en charge par psychologue, psychiatre :

Kinésithérapie

Ostéopathie

Autres



Questionnaire PedMIDAS

Évaluation de l'impact fonctionnel des céphalées chez l'enfant

Ce questionnaire a été conçu pour évaluer le **retentissement** des migraines sur l'enfant à l'école, à la maison et sur le plan social, au cours des 3 derniers mois. Il s'agit d'un outil qui permettra à ton médecin de mieux percevoir la sévérité de tes symptômes, de tenir compte du retentissement sur ta vie quotidienne, de guider son choix thérapeutique et de suivre l'évolution dans le temps

Tu peux remplir seul ce questionnaire ou bien avec l'aide d'un de tes parents. Il n'y a pas de « bonne ou de mauvaise » réponse, donne la réponse qui te semble la plus juste.

1. Au cours des 3 derniers mois, combien de jours **complets** d'école as-tu manqué en raison de tes maux de tête ?

2. Au cours des 3 derniers mois, combien de jours as-tu manqué **partiellement** l'école en raison de tes maux de tête ? *N'inclus pas les jours d'absence indiqués à la question 1*

3. Au cours des 3 derniers mois, pendant combien de jours ta productivité à l'école a-t-elle été **réduite de moitié ou plus** en raison de tes maux de tête ? *N'inclus pas les jours d'absence indiqués à la question 1 et 2*

4. Au cours des 3 derniers mois, pendant combien de jours as-tu été **incapable d'effectuer** des travaux domestiques (devoirs, tâches ménagères...) en raison de tes maux de tête ?

5. Au cours des 3 derniers mois, pendant combien de jours n'as-tu pas pu **participer à d'autres activités** (jouer, sortir, faire du sport...) en raison de tes maux de tête ?

6. Au cours des 3 derniers mois, pendant combien de jours as-tu participé à ces activités mais avec une **intensité à moins de la moitié de tes capacités** en raison de tes maux de tête ? *N'inclus pas les jours d'absence indiqués à la question 5*