



**Centre Hospitalier Ancecy 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 DOULEURS
(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 CONCERNANT LES DOULEURS :

Motif de la consultation :

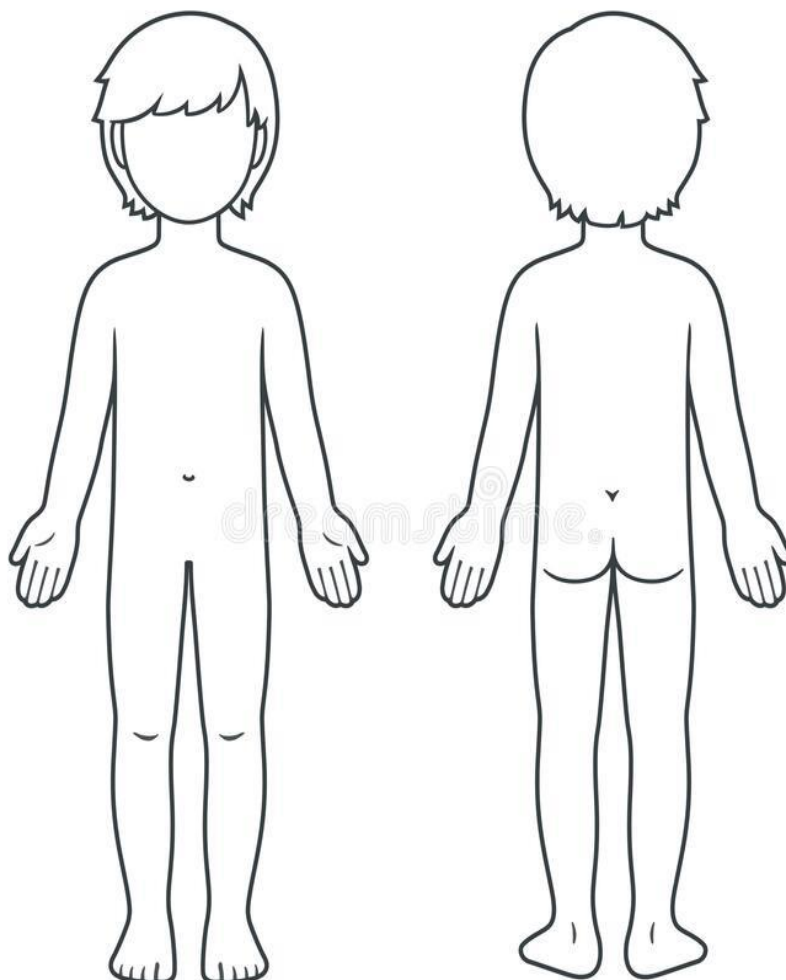
.....
.....

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.



DESSINEZ VOTRE DOULEUR (si vous le souhaitez)

Depuis quand ressent-il(elle) cette douleur ?

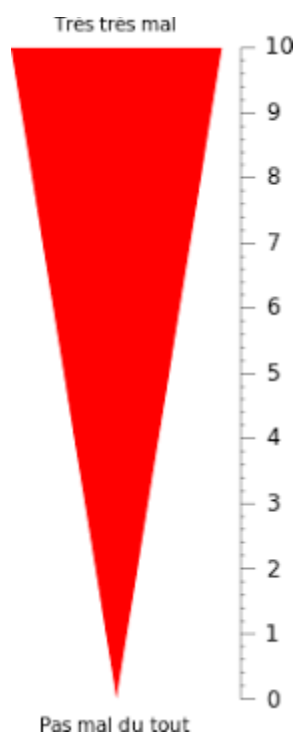
.....
.....

Durée de la douleur :

A-t-il(elle) mal tous les jours : Oui Non

La douleur est-elle : Permanente Intermittente

Intensité douloureuse (merci de faire un trait horizontal) :



Quels sont les facteurs aggravant les douleurs ?

.....
.....

Quels sont les facteurs améliorant les douleurs ?

.....
.....

Votre douleur vous limite-t-elle dans vos activités de tous les jours ?

à la maison

à l'école/collège/lycée

dans vos loisirs

Description de la douleur

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Cochez les cases correspondantes

Brûlures	
Sensation de froid douloureux	
Décharges électriques	
Coups de couteaux	
Fourmillements	
Picotements	
Engourdissement	
Démangeaisons	

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