

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS AU CENTRE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Merci d'y joindre un courrier de votre médecin

Date : ... / ... / ...

NOM :

PRENOM :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TEL. :

MOTIF DE LA CONSULTATION : .....

- Est-ce vous qui souhaitez cette consultation ?

Oui

Non, c'est mon médecin (traitant, spécialiste)

Médecin traitant :

Médecin adresseur :

J'autorise l'équipe pluri-professionnelle du Centre de la Douleur Chronique à partager entre elle les informations me concernant afin de me proposer la prise en charge la plus adaptée dans le cadre de mon parcours patient.

### VOUS CONCERNANT

#### 1) SITUATION FAMILIALE :

Célibataire

Marié/Pacs

Concubinage

Divorcé

Veuf

Enfant(s)

Age de vos enfants : .....

#### 2) SITUATION PROFESSIONNELLE :

Profession/Formation : .....

Actif

Retraité

Chômeur

Sans emploi

Accident du Travail

Maladie professionnelle

Litige

Arrêt maladie

Invalidité

Longue maladie

RQTH\*

Date de début (retraite, arrêt de travail) : .....

\* Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

**3) ANTECEDENTS PERSONNELS :**

Médicaux :

-

-

-

-

-

Avez-vous des maux de tête ou migraines ?

Oui

Non

Chirurgicaux :

-

-

-

-

-

Allergie(s) :

-

-

Traitement en cours :

-

-

-

-

ALD 100% :  Non  Oui, pathologie concernée : .....

**4) ANTECEDENTS FAMILIAUX :**

Dans votre famille, y-a-t-il des personnes qui souffrent ou ont souffert de douleur chronique ?

**5) PARTICULARITES DE L'HISTOIRE FAMILIALE OU EVENEMENTS TRAUMATIQUES  
STRESSANTS :**

## CONCERNANT VOTRE DOULEUR

1) Depuis combien de temps ressentez-vous ces douleurs (date de début) ?

2) Comment ont-elles commencé ?

3) Connaissez-vous la cause qui a déclenché vos douleurs ? S'agit-il :

- D'un accident ?
- D'une maladie ?
- D'une opération ?

- D'un accident de travail ?
- D'un effort ?
- Autre : .....

4) La douleur est-elle apparue :  Brutalement ?  Progressivement ?

Depuis le début, vos douleurs ont :  Augmenté  Diminué  Sont identiques

5) Depuis quand est-ce un problème ?

6) Avez-vous mal tous les jours ?  Oui  Non :

- Plusieurs fois par jour ?
- Plusieurs fois par semaine ?
- Une fois par semaine ?
- Une fois par mois ?
- Variable

En moyenne, sur les 7 derniers jours, à combien (*évaluez votre douleur de 0 à 10, la note « 10 » étant la douleur maximale*) :

- Est votre douleur de fond : .....

- Sont les pics de douleurs : .....

A combien serait votre douleur acceptable : .....

7) Qu'est-ce qui semble aggraver vos douleurs ?

8) Qu'est-ce qui semble calmer vos douleurs ? Dans quelle(s) situation(s) êtes-vous confortable (même quelques minutes) ?

9) La douleur est-elle présente la nuit ? Comment est votre sommeil ? (délai d'endormissement, réveils nocturnes)  
Si votre sommeil est perturbé, depuis combien de temps ?

10) Vous sentez-vous fatigué dans la journée ?

11) Vos douleurs ont-elles eu un impact sur votre vie sociale ? professionnelle ? familiale ?

12) Avez-vous eu des examens complémentaires (radiographie, scanner, IRM...) dans le cadre de vos douleurs  
Si oui, lesquels ? *Merci de bien vouloir les amener lors de la consultation*

-  
-  
-  
-  
-  
-  
-

13) Avez-vous bénéficié de consultations spécialisées ?

Rhumatologue

Neurologue

Neurochirurgien

Psychiatre : Suivi toujours en cours : oui / non

Psychologue : Suivi toujours en cours : oui / non

Autres : merci de préciser.....  
.....

14) Quels ont été vos différents traitements médicamenteux prescrits dans le cadre de votre douleur ? Ont-ils été efficaces ?

**Efficacité**

- Oui / Non  
- Oui / Non  
- Oui / Non  
- Oui / Non  
- Oui / Non

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

	<b>Testé</b>	<b>Efficacité</b>		<b>Testé</b>	<b>Efficacité</b>
- Application de pommade	Oui / Non	Oui / Non	- Psychothérapie	Oui / Non	Oui / Non
- Infiltration	Oui / Non	Oui / Non	- Thérapies psychocorporelles ( <i>Relaxation, sophrologie, méditation, hypnose...</i> )	Oui / Non	Oui / Non
- Ostéopathie	Oui / Non	Oui / Non	- Repos	Oui / Non	Oui / Non
- Acupuncture	Oui / Non	Oui / Non			
- Mésothérapie	Oui / Non	Oui / Non	- Divertissements/détente	Oui / Non	Oui / Non
- Kinésithérapie	Oui / Non	Oui / Non			
- Neurostimulation externe (TENS)	Oui / Non	Oui / Non	- Cure thermale	Oui / Non	Oui / Non

Autres traitements **essayés efficaces**

- .....
- .....

Autres traitements **essayés inefficaces**

- .....
- .....

16) Pratiquez-vous une activité physique ?  
(*sport, marche, ménage, jardinage...*)

Oui       Non

Si oui, à quelle fréquence ?

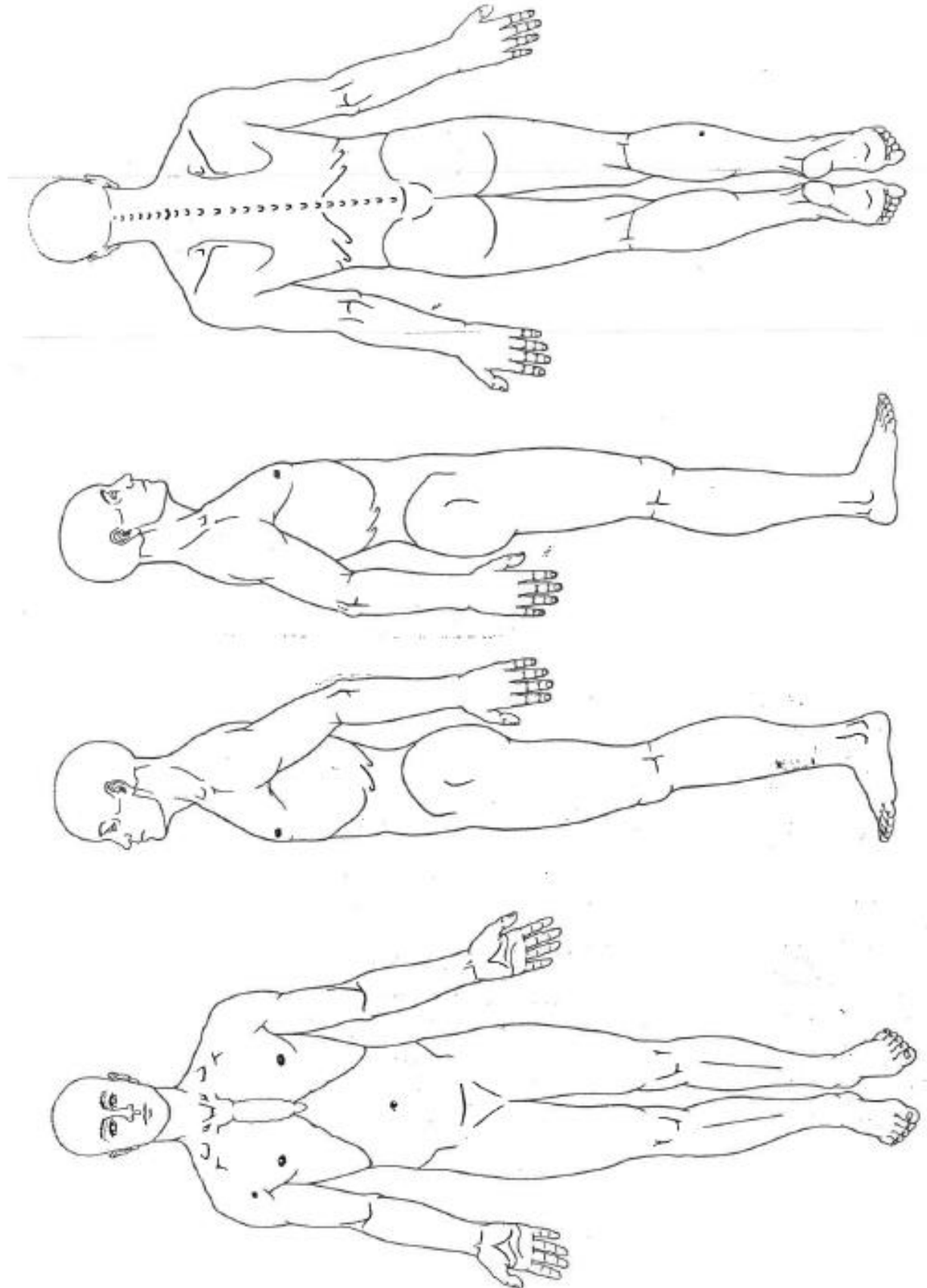
17) Merci de noter ce qui est, oui ou non, une aide pour vous face à la douleur :

- |                           |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| - La famille              | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| - Le travail              | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| - Les amis                | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| - Les loisirs (les noter) | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| - La spiritualité         | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| - Autre .....             |                           |                           |

Qu'aimez-vous faire ? .....

18) Quelles sont vos attentes en venant à la consultation douleur ?

Merci de bien vouloir colorier les zones douloureuses en utilisant des couleurs différentes si ce sont des douleurs différentes. Vous pouvez aussi noter la description de vos douleurs.



## I. QUALIFICATIFS DE LA DOULEUR

### QUESTIONNAIRE DOULEUR SAINT-ANTOINE (QDSA), VERSION ABRÉGÉE

*Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire votre douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement depuis les derniers 8 jours, répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.*

	0 absent non	1 faible un peu	2 modéré modérément	3 fort beaucoup	4 extrêmement fort extrêmement
Elancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillement					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

## II. ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR SUR LE COMPORTEMENT QUOTIDIEN

*Entourer le chiffre qui décrit le mieux comment pendant les 7 derniers jours la douleur a impacté votre :*

a) Activité générale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas d'impact										Impact majeur

b) Moral

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas d'impact										Impact majeur

c) Capacité à marcher

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas d'impact										Impact majeur

d) Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison, les travaux domestiques)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas d'impact										Impact majeur

e) Relations avec les autres

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas d'impact										Impact majeur

f) Sommeil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas d'impact										Impact majeur

g) Goût de vivre, envies

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas d'impact										Impact majeur

### III. ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT EMOTIONNEL

#### ❖ QUESTIONNAIRE ABREGÉ DE BECK

*Ce questionnaire comporte plusieurs séries de 4 propositions. Pour chaque série, lisez les 4 propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel. Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.*

<b>A</b>	- Je ne me sens pas triste.	0
	- Je me sens cafardeux ou triste.	1
	- Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir.	2
	- Je suis si triste et si malheureux, que je ne peux plus le supporter.	3
<b>B</b>	- Je ne suis pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
	- J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
	- Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
	- Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
<b>C</b>	- Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
	- J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
	- Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
	- J'ai le sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).	3
<b>D</b>	- Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
	- Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
	- Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
	- Je suis mécontent de tout.	3
<b>E</b>	- Je ne me sens pas coupable.	0
	- Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
	- Je me sens coupable.	2
	- Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3
<b>F</b>	- Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
	- Je suis déçu par moi-même.	1
	- Je me dégoûte moi-même.	2
	- Je me hais.	3
<b>G</b>	- Je ne pense pas à me faire du mal.	0
	- Je pense que la mort libérerait.	1
	- J'ai des plans précis pour me suicider.	2
	- Si je le pouvais, je me tuerais.	3
<b>H</b>	- Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
	- Maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
	- J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
	- J'ai perdu tout l'intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
<b>I</b>	- Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
	- J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
	- J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
	- Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
<b>J</b>	- Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
	- J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
	- J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux.	2
	- J'ai l'impression d'être laid et disgracieux.	3
<b>K</b>	- Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
	- Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
	- Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
	- Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
<b>L</b>	- Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
	- Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
	- Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
	- Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
<b>M</b>	- Mon appétit est toujours aussi bon.	0
	- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
	- Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
	- Je n'ai plus du tout d'appétit.	3



Lisez chaque série de questions et soulignez 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 faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

<b>A. Je me sens tendu ou énervé :</b>
3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais
<b>D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</b>
0 Oui, tout autant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus
<b>A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</b>
3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout
<b>D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</b>
0 Autant que par le passé 1 Plus autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout
<b>A. Je me fais du souci :</b>
3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement
<b>D. Je suis de bonne humeur :</b>
3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps
<b>A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sens décontracté :</b>
0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais

<b>D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</b>
3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais
<b>A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</b>
0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent
<b>D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</b>
3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête autant attention que par le passé
<b>A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</b>
3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout
<b>D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</b>
0 Autant qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais
<b>A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :</b>
3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais
<b>D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :</b>
0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très rarement

## PCL-5

### Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD

Traduction française N. Desbiendras

## Inventaire de sensibilisation Centrale.

### INVENTAIRE DE SENSIBILISATION CENTRALE: PARTIE A

<i>Veillez indiquer pour chaque situation la proposition la plus adaptée</i>	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1. J'ai la sensation d'un sommeil non récupérateur quand je me réveille le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je ressens des raideurs et des douleurs musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je fais des crises d'angoisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je grince ou serre les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai des problèmes de diarrhée et/ou de constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai besoin d'aide pour effectuer mes activités quotidiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je suis sensible aux fortes lumières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je me fatigue très facilement lorsque je suis actif physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je ressens des douleurs partout dans le corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'ai des maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je ressens une gêne à la vessie et/ou des brûlures lorsque j'urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je ne dors pas bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. J'ai des difficultés de concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. J'ai des problèmes de peau tels que sécheresse, démangeaisons ou éruption cutanées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Le stress aggrave mes symptômes physiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je me sens triste ou déprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'ai peu d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je ressens des tensions musculaires dans la nuque et dans les épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. J'ai mal à la mâchoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Certaines odeurs, comme des parfums, me donnent des nausées et des étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Je dois uriner fréquemment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. J'ai la sensation désagréable des jambes sans repos lorsque j'essaye de dormir le soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. J'ai des difficultés à me souvenir de certaines choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. J'ai eu des traumatismes au cours de mon enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Je ressens des douleurs dans la région du bassin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>