

## Questionnaire douleur neuropathique

Nom :  
 Prénom :  
 Date de naissance :  
 SEXE :  M  F

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

Date de début de la douleur : .../.../.....

Circonstance d'apparition de la douleur : .....

.....

.....

Comment évalueriez-vous votre douleur à cet instant ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

pas de douleur

douleur maximale

Quelle a été votre **plus forte** douleur au cours des 4 dernières semaines ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

pas de douleur

douleur maximale





Quelle a été l'intensité **moyenne** de votre douleur au cours des 4 dernières semaines ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



pas de douleur

douleur maximale

**Cochez le dessin qui décrit le mieux le déroulement de votre douleur :**

	<b>Douleur constante avec de légères fluctuations</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Douleur constante ponctuée de pics de douleur</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Pics de douleur sans douleur de fond</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Fréquents pics de douleur avec douleur de fond</b>	<input type="checkbox"/>

Veuillez indiquer votre **principale zone de douleur**

La douleur se propage-t-elle dans d'autres parties de votre corps ? oui  non

Si oui, indiquez par une flèche la direction dans laquelle la douleur se propage.

<b>Éprouvez-vous une sensation de brûlure (comme des piqûres d'orties) dans la zone indiquée ?</b>	
pas du tout <input type="checkbox"/> très peu <input type="checkbox"/> légèrement <input type="checkbox"/> modérément <input type="checkbox"/> fortement <input type="checkbox"/> très fortement <input type="checkbox"/>	
<b>Éprouvez-vous des picotements (fourmillements, petites décharges électriques) dans cette zone ?</b>	
pas du tout <input type="checkbox"/> très peu <input type="checkbox"/> légèrement <input type="checkbox"/> modérément <input type="checkbox"/> fortement <input type="checkbox"/> très fortement <input type="checkbox"/>	
<b>Un léger contact (vêtements, couverture...) est-il douloureux dans cette zone ?</b>	
pas du tout <input type="checkbox"/> très peu <input type="checkbox"/> légèrement <input type="checkbox"/> modérément <input type="checkbox"/> fortement <input type="checkbox"/> très fortement <input type="checkbox"/>	
<b>Ressentez-vous de soudains pics de douleur, comme des chocs électriques, dans cette zone ?</b>	
pas du tout <input type="checkbox"/> très peu <input type="checkbox"/> légèrement <input type="checkbox"/> modérément <input type="checkbox"/> fortement <input type="checkbox"/> très fortement <input type="checkbox"/>	
<b>Le chaud ou le froid (eau du bain par exemple) provoque-t-il parfois des douleurs dans cette zone ?</b>	
pas du tout <input type="checkbox"/> très peu <input type="checkbox"/> légèrement <input type="checkbox"/> modérément <input type="checkbox"/> fortement <input type="checkbox"/> très fortement <input type="checkbox"/>	
<b>La sensibilité de votre peau a-t-elle diminué dans cette zone ?</b>	
pas du tout <input type="checkbox"/> très peu <input type="checkbox"/> légèrement <input type="checkbox"/> modérément <input type="checkbox"/> fortement <input type="checkbox"/> très fortement <input type="checkbox"/>	
<b>Une légère pression dans cette zone, avec le doigt par exemple, provoque-t-elle des douleurs ?</b>	
pas du tout <input type="checkbox"/> très peu <input type="checkbox"/> légèrement <input type="checkbox"/> modérément <input type="checkbox"/> fortement <input type="checkbox"/> très fortement <input type="checkbox"/>	