

AFNAMEDATUM:/...../20....

QUESTIONNAIRE GENERAL DE LA DOULEUR

Madame, Monsieur,

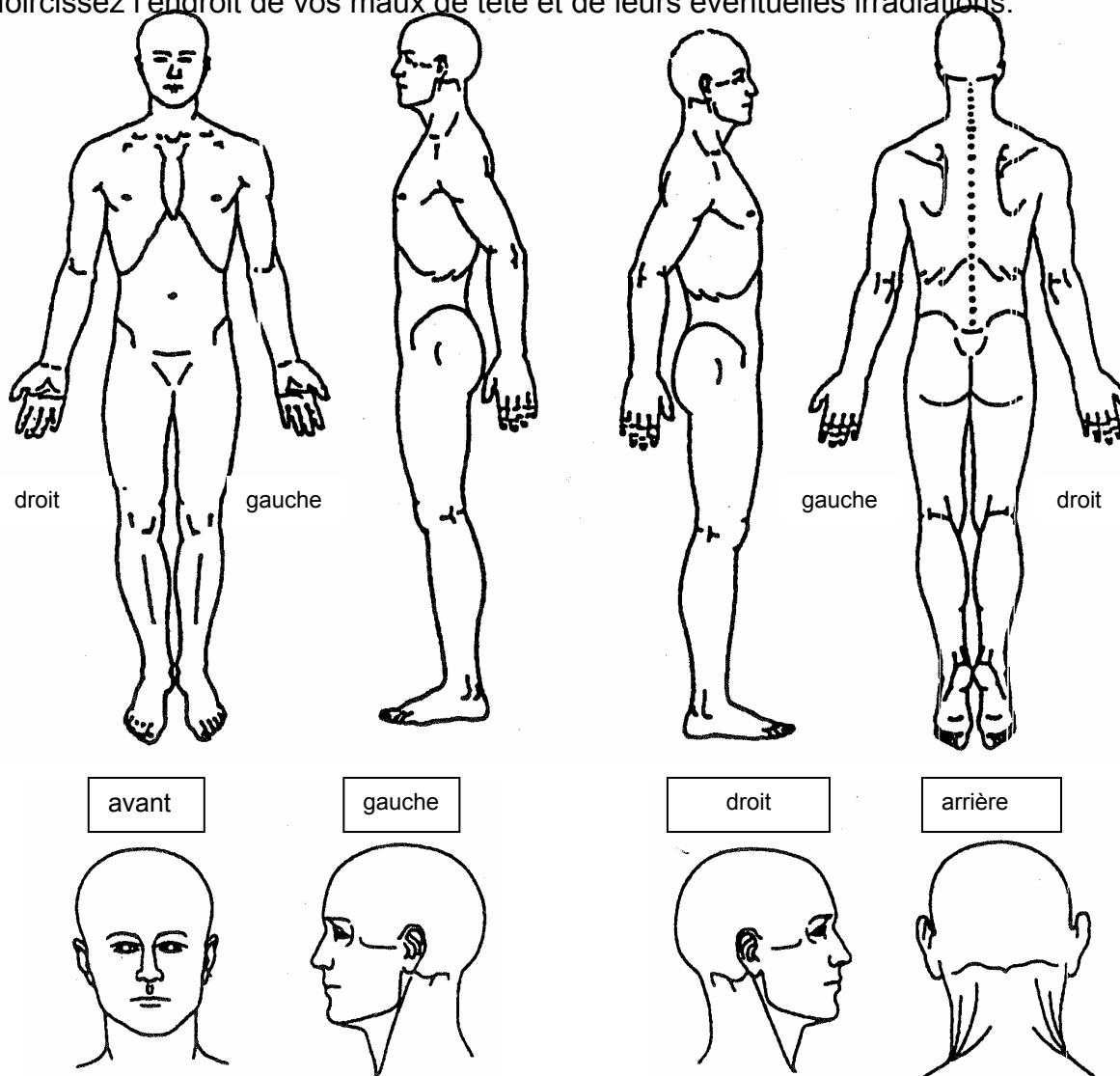
Ce questionnaire vous permet de nous fournir des informations au sujet de votre douleur. La douleur n'étant pas toujours facilement « mesurable », c'est vous-même qui êtes le mieux placé(e) pour la décrire.

Veuillez remplir ce questionnaire correctement et sincèrement.

Ce questionnaire est une bonne indication pour le médecin afin qu'il puisse poser son diagnostic et prescrire un traitement.

1. Indiquez sur le dessin OÙ se situe votre douleur.

Noircissez l'endroit de vos maux de tête et de leurs éventuelles irradiations.



2. Votre situation médicale antérieure et actuelle en général.

2.1. Quelles opérations avez-vous déjà subies ?

Année	Opération	Médecin et hôpital

2.2. De quoi avez-vous souffert par le passé ou souffrez-vous actuellement ?

	Type d'affection ou d'image médicale
<input type="checkbox"/> maladie cardio-vasculaire	
<input type="checkbox"/> affection bénigne/cancer	
<input type="checkbox"/> affection nerveuse	
<input type="checkbox"/> maladie du système digestif	
<input type="checkbox"/> maladie des reins/de la vessie	
<input type="checkbox"/> affection pulmonaire	
<input type="checkbox"/> dépression	
<input type="checkbox"/> dépendance(ex. médicaments, alcool)	
<input type="checkbox"/> diabète	
<input type="checkbox"/> hépatite A of B ou C	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

2.3. Quels médicaments prenez-vous actuellement ?

Nom	Dosage (nombre de mg ou g par comprimé)	Quantité par jour

2.4. Etes-vous allergique à un produit ou à un désinfectant particulier ?

<input type="checkbox"/> Oui, à savoir	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Produit désinfectant:	
<input type="checkbox"/> médicament:.....	
<input type="checkbox"/> autre produit, à savoir:	

2.5. Pour les femmes : êtes-vous enceinte ou y a-t-il une possibilité que vous le soyez ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

2.6. Fumez-vous?

<input type="checkbox"/> Ja Oui Combien ... cigarettes/jour	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> j'ai arrêté en
---	------------------------------	--

3. Questions au sujet de votre douleur.

3.1. Depuis quand ressentez-vous les douleurs actuelles ?

.....

3.2. A quel endroit de votre corps la douleur a-t-elle commencé ?

.....
.....

Votre douleur constitue-t-elle une charge supplémentaire pour pouvoir effectuer votre travail de façon satisfaisante ?

<input type="checkbox"/> Oui, parce que	<input type="checkbox"/> non
---	------------------------------

3.3. Quelle est selon vous la cause de votre douleur ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> je ne vois pas de cause | <input type="checkbox"/> un accident |
| <input type="checkbox"/> la maladie | <input type="checkbox"/> un accident du travail |
| <input type="checkbox"/> une opération | <input type="checkbox"/> une cause héréditaire |
| <input type="checkbox"/> une charge psychique | |

3.4. A quel moment de la journée avez-vous LE PLUS mal ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> le matin au lever | <input type="checkbox"/> avant le coucher |
| <input type="checkbox"/> vers midi | <input type="checkbox"/> vers minuit |
| <input type="checkbox"/> en fin d'après-midi | <input type="checkbox"/> à 4 heures du matin |

3.5. Quelle est la fréquence de votre douleur ?

	Une période unique de douleur et limitée dans le temps. (1)
	Douleur constante ou presque constante, d'intensité égale. (2)
	Douleur constante ou presque constante, d'intensité variable. (3)
	Episodes de douleur récurrents irréguliers. (4)
	Episodes de douleur récurrents réguliers. (5)
	Accès de douleur soudains et brefs. (6)

3.6. Quelle est l'intensité de votre douleur ? (VAS, issu du MPQ-DLV, Verkes, Vanderiet, e.a., 1989)

Ci-dessous sont tracées plusieurs lignes. A gauche de chaque ligne, vous trouverez la mention « absence totale de douleur », à droite la mention « douleur insupportable ». Le but est que vous traciez **un** trait sur la ligne afin d'indiquer l'intensité de votre douleur **au moment présent**, de **votre douleur la plus intense** au cours de la semaine écoulée et de **votre douleur la moins intense** au cours de la semaine écoulée.

Exemple : *J'ai un peu mal*

Absence totale de douleur |-----| Douleur insupportable

Quelle était l'intensité de **votre douleur la moins intense** au cours de **la semaine écoulée** ?

Absence totale de douleur |-----| Douleur insupportable

Quelle était l'intensité de **votre douleur la plus intense** au cours de **la semaine écoulée** ?

Absence totale de douleur |-----| Douleur insupportable

Quelle est l'intensité de votre douleur **au moment présent** ?

Absence totale de douleur |-----| Douleur insupportable

3.7. Comment ressentez-vous la douleur ? (issu du MPQ-DLV, Verkes, Vanderiet, e.a., 1989)

Ci-dessous vous trouverez 20 groupes de mots qui peuvent être utilisés pour décrire la douleur.

Chaque groupe contient des mots qui décrivent différentes sortes de douleurs.

L'objectif est que vous lisiez attentivement les mots de chaque groupe et que vous vérifiiez si ces mots s'appliquent à la douleur dont vous souffrez actuellement.

Si dans un groupe deux ou plusieurs mots s'appliquent à votre douleur, choisissez seulement celui qui décrit le mieux votre douleur. Si aucun mot ne s'applique à votre douleur, vous ne cochez rien et vous passez tout simplement au prochain groupe de mots.

Il ne faut donc pas obligatoirement cocher un mot dans chaque groupe.

<input type="checkbox"/> Battements <input type="checkbox"/> Pulsations <input type="checkbox"/> Elancement	<input type="checkbox"/> Tiraillement <input type="checkbox"/> Déchirure <input type="checkbox"/> Arrachement	<input type="checkbox"/> Etirements <input type="checkbox"/> Distension <input type="checkbox"/> Torsion	<input type="checkbox"/> Inquiétante <input type="checkbox"/> Oppressante <input type="checkbox"/> Angoissante
<input type="checkbox"/> En éclairs <input type="checkbox"/> Décharges électriques <input type="checkbox"/> Coups de marteau	<input type="checkbox"/> Chaleur <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> En feu	<input type="checkbox"/> Lancinante <input type="checkbox"/> Rongeante <input type="checkbox"/> Tenace	<input type="checkbox"/> Harcelante <input type="checkbox"/> Cruelle <input type="checkbox"/> Torturante
<input type="checkbox"/> Piqûre <input type="checkbox"/> Pénétrante <input type="checkbox"/> Transperçante	<input type="checkbox"/> Chauffante <input type="checkbox"/> Braises <input type="checkbox"/> Cuisante	<input type="checkbox"/> Fatigante <input type="checkbox"/> Epuisante <input type="checkbox"/> Ereintante	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moderée <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Extrêmement forte
<input type="checkbox"/> En pointe <input type="checkbox"/> Coupure <input type="checkbox"/> Coup de poignard	<input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Froid <input type="checkbox"/> Glace	<input type="checkbox"/> Enervante <input type="checkbox"/> Déprimante <input type="checkbox"/> Suicidaire	<input type="checkbox"/> Supportable <input type="checkbox"/> Gênante <input type="checkbox"/> Intense <input type="checkbox"/> Insupportable
<input type="checkbox"/> Pincement <input type="checkbox"/> Serrement <input type="checkbox"/> Compression	<input type="checkbox"/> Picotements <input type="checkbox"/> Démangeaisons <input type="checkbox"/> Electrique	<input type="checkbox"/> Crispante <input type="checkbox"/> Nauséuse <input type="checkbox"/> Suffocante	<input type="checkbox"/> Désagréable <input type="checkbox"/> Pénible <input type="checkbox"/> Exaspérante <input type="checkbox"/> Horripilante

4. Comment se déroule votre sommeil ?

	non	parfois	toujours
J'ai des problèmes pour m'endormir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des problèmes pour continuer à dormir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me réveille de douleur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je dors parfois en journée ou je fais des siestes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien d'heures par nuit dormez-vous (= dormir profondément) ? heures par nuit		
Combien d'heures par jour vous étendez-vous sur votre lit ou dans un fauteuil pour vous reposer (sans vraiment dormir) ? heures par jour		

5. Quels facteur ont un effet sur votre douleur?

	Réduit la douleur	Augmente la douleur	Sans effet
La position couchée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La position debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tousser ou éternuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire un mouvement brusque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les tâches ménagères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un massage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la chaleur locale (ex. un coussin de noyaux de cerises)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du froid local (ex. des compresses de glace)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le temps chaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le temps froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'humidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduire une voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les anti-douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lire ou regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les contre-temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le stress ou la tension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La détente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La solitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Traitement antérieur de votre douleur.

6.1. Quels médecins et spécialistes avez-vous déjà consultés pour votre problème de douleur ?

Médecin/Spécialiste	Hôpital	Quand

6.2. Quel traitement avez-vous déjà suivi pour votre problème de douleur ?

Traitement	Hôpital	Quand

6.3. Quels médicaments avez-vous pris antérieurement pour soulager votre douleur ?

Nom	Dosage (nombre de mg ou de g par comprimé)	Quantité par jour
<i>Exemple: Dafalgan®</i>	<i>500 mg</i>	<i>4x / jour</i>

6.4. Quels examens ont déjà été effectués ?

Examen	Où	Quand
<input type="checkbox"/> Rayons-X		
<input type="checkbox"/> RMN		
<input type="checkbox"/> CT scanner		
<input type="checkbox"/> EMG		
<input type="checkbox"/>		

7. Données sociales.

7.1 Vragen betreffende uw sociale context Hoe ziet uw gezinssituatie eruit?

- isolé cohabitant nombre d'enfants :.....
 divorcé marié
 veuf/veuve famille recomposée

7.2. De quels revenus bénéficiez-vous?

- Revenus d'une propre activité professionnelle/pension
 - o Ma profession actuelle est ::
 - o Ma profession antérieure était :
- Allocation de maladie ou d'invalidité
- Allocation de chômage
- Allocation du CPAS

7.3. Combien de fois au cours des quatre dernières semaines avez-vous en raison de votre problème de douleur:

- Consulté un médecin spécialiste?
- Consulté un médecin généraliste?
- Consulté un kinésithérapeute?
- Fait appel à une aide familiale?
- Fait appel à une aide ménagère?
- Fait appel à un service de livraison de repas chauds à domicile ?
.....

7.4. Combien de jours au cours des trois derniers mois avez-vous en raison de votre douleur été admis à l'hôpital ?....

Merci de votre collaboration. Si avez encore des questions, n'hésitez pas à les poser à l'infirmier(e) de la douleur.