

Dossier d'évaluation à remplir au préalable par le PATIENT

- Êtes-vous marié(e) ? célibataire ? en couple ? divorcé(e) / séparé(e) ? veuf ?
- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien et quel âge ont-ils ? Sont-ils en bonne santé ?
- Diriez-vous que vous êtes bien entouré(e) ? si oui, par qui ?

- Quels sont vos loisirs (passés et actuels) ?

Situation professionnelle :

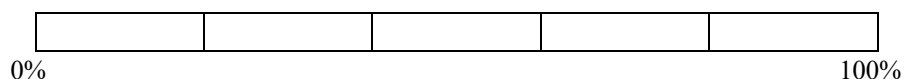
Métier(s) exercé(s) :

Actuellement, vous êtes :

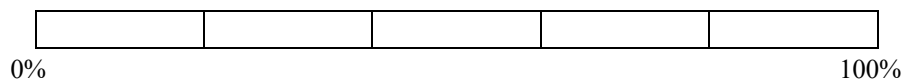
- en activité - retraité (ou en pré retraite) - chômage - sans emploi
- en arrêt maladie depuis- en accident de travail depuis
- pension d'invalidité : catégorie 1 – catégorie 2 – catégorie 3
- en maladie professionnelle (MP) oui non date MP :
- congé longue maladie – congé longue durée
- en Accident de Travail (AT) : oui non date AT :
- Reconnaissance Travailleur Handicapé (RQTH) ? (si oui, depuis quand ?.....)
- Allocation Adulte Handicapé (AAH) ? (si oui, depuis quand ?.....)

Satisfaction au travail ?

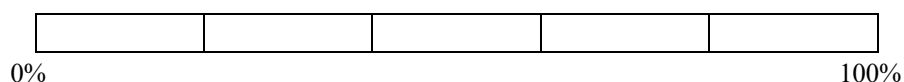
Travail en lui-même



Equipe



Hiérarchie



Procédure en cours (avec votre employeur, la sécurité sociale, en attente d'expertise, ou avec vos médecins...) ?

DESCRIPTION DE LA DOULEUR :

1/ MODE D'EVOLUTION :

- **Depuis quand** avez-vous mal ?
- **Comment est arrivée votre douleur** ? (brutalement, progressivement, facteur déclenchant, circonstances d'apparition...)

- **Quand avez-vous mal ?**
- Avez-vous remarqué des **facteurs influençant** la douleur ? (chaleur, froid, vacances, travail, stress...)

Facteurs l'augmentant

Facteurs la diminuant

- Quels sont les **traitements médicamenteux** qui soulagent votre douleur même partiellement ?

- Est-ce que **d'autres moyens** les soulagent même partiellement (kiné, balnéo, relaxation, acupuncture, mésothérapie, ...) ?

Autres techniques		
○ Kinésithérapie	○ Balnéothérapie	○ Relaxation
○ Gym	○ Application de chaud	○ Application de froid
○ Neurostimulation (TENS)	○ Psychothérapie	○ Ostéopathie
○ Acupuncture	○ Relaxation	○ Autre :

2/ INTENSITE DE LA DOULEUR :

Indiquez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit au mieux l'importance de votre douleur.

La note 0 correspond à « aucune douleur » et la note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

Douleur de fond habituelle :

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

Douleur dans les pires moments :

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

Douleur dans les meilleurs moments :

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

3/ TYPE DE DOULEUR : **(ne pas répondre à la question 3)**

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

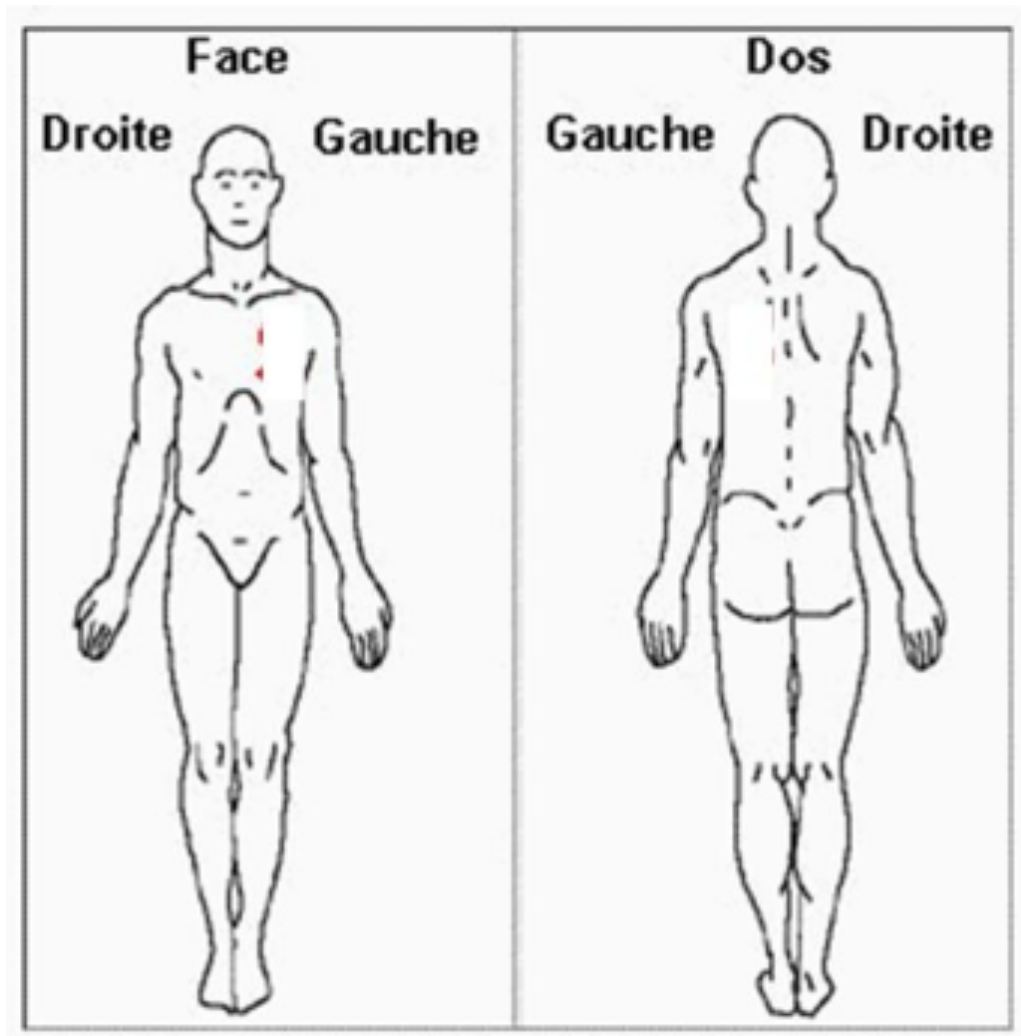
	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqure	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

4/ LOCALISATION DE LA DOULEUR :

Dessinez sur le schéma les zones douloureuses, vous pouvez utiliser différentes couleurs si vous le souhaitez selon le niveau d'intensité de la douleur.



Légende des couleurs :

Douleur intense

Douleur modérée

Douleur légère

5/ RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR

Sur le comportement quotidien :

Pour chacune des 6 questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Humeur

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Capacité à marcher

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

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

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Relation avec les autres

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Sommeil

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Goût de vivre

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Sur le moral :

De manière générale :

- Vous sentez vous anxieux/se ? pas du tout / un peu / modérément / beaucoup
- Vous sentez-vous déprimée ? pas du tout / un peu / modérément / beaucoup

Lisez chaque question et entourez la réponse qui s'adapte le mieux à vous pour la semaine passée. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque item fournira une bonne indication de ce que vous éprouvez. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Nous vous remercions de l'attention que vous avez porté à remplir ce questionnaire.

Centre hospitalier d'Uriage, 1750 route d'Uriage, 38410 URIAGE

Consultation douleur

Tel : 04.76.76.48.00, Fax 04.76.76.49.05

secretariat-medical@ch-uriage.fr