

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

QUESTIONNAIRE GENERAL DE LA DOULEUR

Madame, Monsieur,

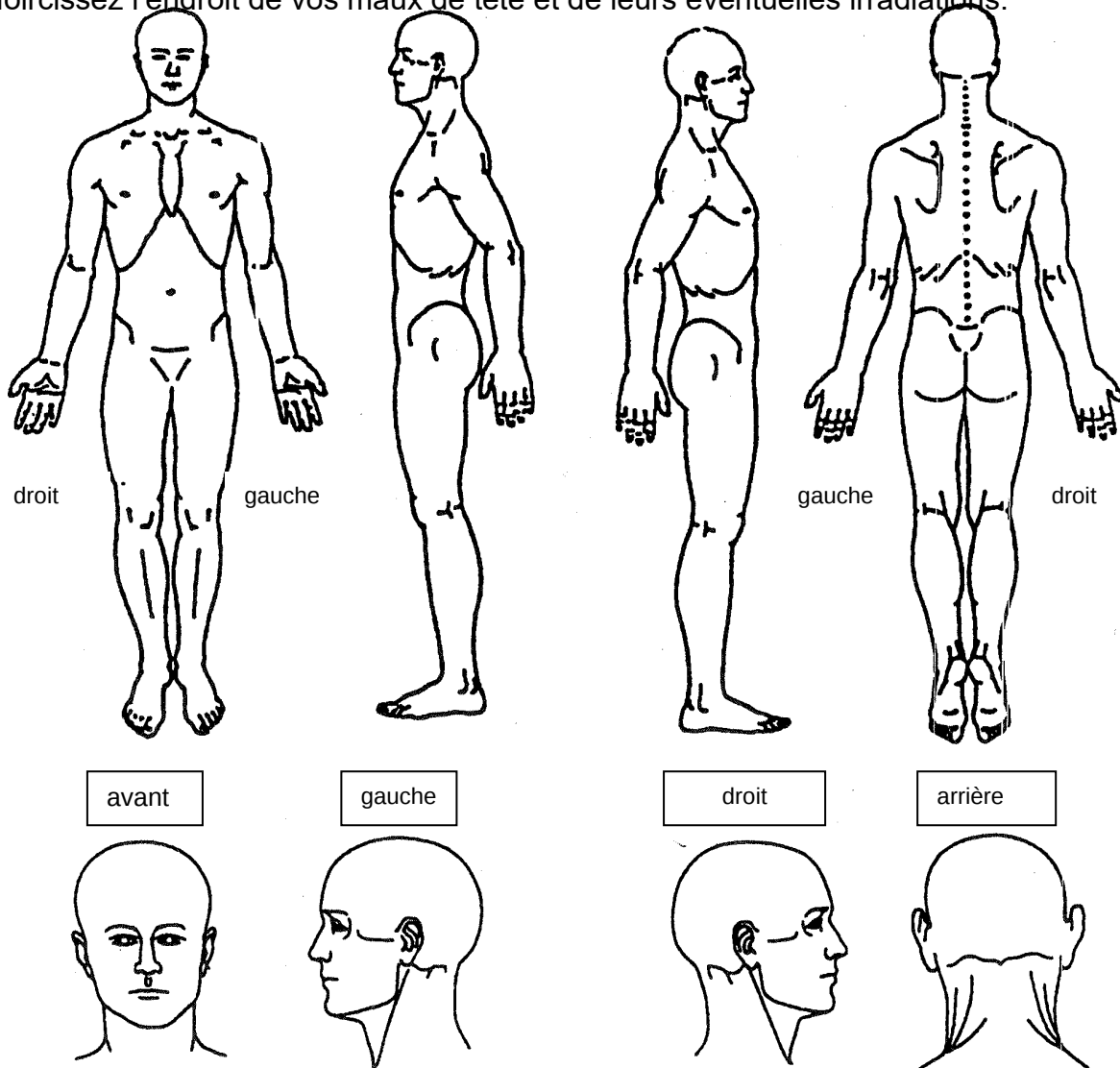
Ce questionnaire vous permet de nous fournir des informations au sujet de votre douleur. La douleur n'étant pas toujours facilement « mesurable », c'est vous-même qui êtes le mieux placé(e) pour la décrire.

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
☐ maladie cardio-vasculaire	
☐ affection bénigne/cancer	
☐ affection nerveuse	
☐ maladie du système digestif	
☐ maladie des reins/de la vessie	
☐ affection pulmonaire	
☐ dépression	
☐ dépendance(ex. médicaments, alcool)	
☐ diabète	
☐ hépatite A of B ou C	
☐	
☐	

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 ?

☐ Oui, à savoir ☐ Produit désinfectant: ☐ médicament:..... ☐ autre produit, à savoir:	☐ Non
--	------------------------------

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

☐ Oui	☐ Non
------------------------------	------------------------------

2.6. Fumez-vous?

☐ Ja Oui Combien ... cigarettes/jour	☐ Non	☐ 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 ?

☐ Oui, parce que	☐ non
---	------------------------------

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

- | | |
|--|---|
| ☐ je ne vois pas de cause | ☐ un accident |
| ☐ la maladie | ☐ un accident du travail |
| ☐ une opération | ☐ une cause héréditaire |
| ☐ une charge psychique | |

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

- | | |
|--|--|
| ☐ le matin au lever | ☐ avant le coucher |
| ☐ vers midi | ☐ vers minuit |
| ☐ en fin d'après-midi | ☐ 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.

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

4. Comment se déroule votre sommeil ?

	non	parfois	toujours
J'ai des problèmes pour m'endormir.	☐	☐	☐
J'ai des problèmes pour continuer à dormir.	☐	☐	☐
Je me réveille de douleur.	☐	☐	☐
Je dors parfois en journée ou je fais des siestes.	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐
La position assise	☐	☐	☐
La position debout	☐	☐	☐
Marcher	☐	☐	☐
Tousser ou éternuer	☐	☐	☐
Faire un mouvement brusque	☐	☐	☐
Les tâches ménagères	☐	☐	☐
Un massage	☐	☐	☐
Votre travail	☐	☐	☐
De la chaleur locale (ex. un coussin de nouveaux de cerises)	☐	☐	☐
Du froid local (ex. des compresses de glace)	☐	☐	☐
Le temps chaud	☐	☐	☐
Le temps froid	☐	☐	☐
L'humidité	☐	☐	☐
Conduire une voiture	☐	☐	☐
Les anti-douleurs	☐	☐	☐
Lire ou regarder la télévision	☐	☐	☐
Les contre-temps	☐	☐	☐
Le stress ou la tension	☐	☐	☐
La détente	☐	☐	☐
La fatigue	☐	☐	☐
La solitude	☐	☐	☐

6. Traitement antérieur de votre douleur.

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

Médecin/Specialiste	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
☐ Rayons-X		
☐ RMN		
☐ CT scanner		
☐ EMG		
☐		

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
 - Ma profession actuelle est ::
 - 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.