



Consultation de La Douleur

Accueil médico-administratif :
Tel : 03.28.16.13.03
Fax : 03.20.62.34.94

Docteur DAVID.M
Cadre infirmier Mme DUCROUX
Infirmière Mme CHRISTIANS.C
Psychologue Mr BUREAU . B

Dossier de Pré-consultation

Madame, Monsieur,

Vous avez demandé un rendez-vous de "Consultations Douleurs".

Afin de répondre dans les meilleures conditions à votre attente, nous avons élaboré un "dossier de pré-consultation". Il a pour objectif de préparer notre rencontre en nous apportant des informations concernant votre santé. Ces informations nous paraissent indispensables pour une prise en charge adaptée à votre cas.

Il est donc très important que vous remplissiez ce document avec la plus grande attention. Nous vous conseillons de lire une première fois ce document avant de le compléter.

Si besoin, rapprochez-vous de votre médecin qui pourra vous aider à compléter le dossier. Nous vous remercions également de bien vouloir joindre à ce dossier une copie des principaux documents médicaux en votre possession ou pouvant être fournis par votre médecin (comptes-rendus de consultations, d'exams de radiologie...).

Adressez-nous votre dossier complété, nous vous enverrons en retour une convocation pour votre prochaine consultation.

L'équipe de Consultations Douleurs

Informations Générales

Nom : Nom d'épouse :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / Lieu :

Votre profession :

Votre situation familiale :

célibataire marié(e) divorcé(e) veuf

nombre d'enfant(s) en précisant leur âge :

Votre médecin traitant : Dr Ville :

Médecin(s) Spécialiste(s) que vous voyez régulièrement en ville :

Dr Spécialité : Ville :

Dr Spécialité : Ville :

Dr Spécialité : Ville :

.....

.....

Médecin(s) Spécialiste(s) que vous voyez régulièrement à l'hôpital :

Dr Spécialité : Hôpital :

Dr Spécialité : Hôpital :

Dr Spécialité : Hôpital :

.....

.....

Votre Histoire Médicale

Veillez préciser ci-dessous les maladies, les traitements et les autres informations concernant votre état de santé **à l'exception** de ce qui concerne l'histoire de votre douleur.

Si besoin, faites-vous aider par votre médecin traitant.

Avez-vous présenté des manifestations allergiques ? oui non

si oui :

date (année)	produit responsable	manifestation(s)*

* exemples de manifestations allergiques : urticaire, eczéma, rhinite, conjonctivite, asthme, œdème de Quincke, choc anaphylactique

Avez-vous déjà été opéré(e) ? oui non

si oui :

date (année)	motif	lieu	nom du Chirurgien

Votre Histoire Médicale

Etes-vous ou avez-vous été suivi(e) régulièrement par votre médecin traitant ou par un médecin spécialiste pour une maladie ? oui non

si oui :

nom de la maladie	date de début (année)	date de guérison* (année)	Médecin(s) consulté(s)**	Médicament(s) reçu(s)		
				Nom	Date de début	Date d'arrêt éventuel

* ne rien inscrire si la maladie évolue toujours ou si vous recevez toujours un traitement

** préciser le nom du ou des médecins vous suivant ou vous ayant suivi(e) spécifiquement pour cette maladie

Histoire de votre Douleur

Le début de la Douleur

➤ date de début (au moins l'année) : / /

➤ mode d'installation :

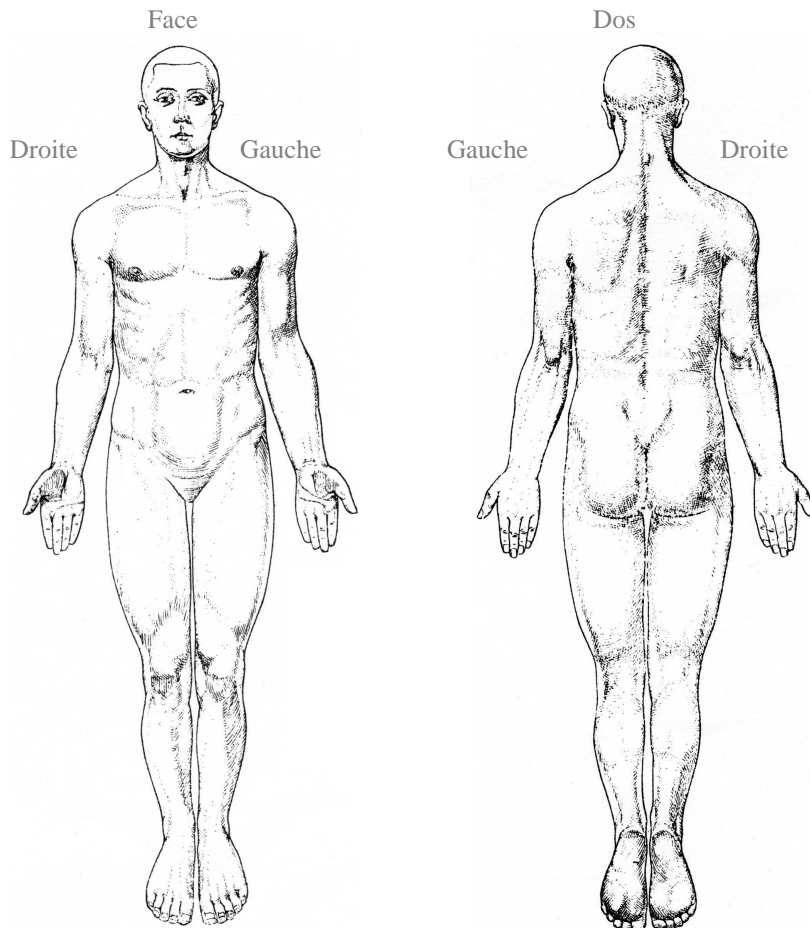
lorsque la douleur est apparue, son maximum est survenu (choisissez une seule réponse) :

- brutalement (d'une seconde à l'autre)
- rapidement (en quelques minutes à heures)
- en quelques jours
- en quelques semaines

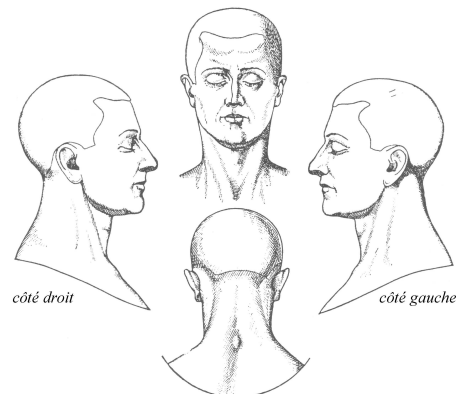
➤ circonstances d'apparition (choisissez une seule réponse) :

- suite à un accident
 si oui précisez : accident de la circulation
 accident du travail
 autre :
- suite à une intervention chirurgicale *précisez le type d'intervention* :
- au cours d'une maladie *précisez la maladie* :
- sans circonstance particulière

➤ localisation initiale de la douleur :



Indiquez par des hachures sur ces schémas où se trouvait votre douleur lorsqu'elle est apparue



Histoire de votre Douleur

➤ qualificatifs de la douleur :

choisissez parmi la liste de mots ci-dessous, celui ou ceux qui caractérisaient le mieux la douleur lorsqu'elle est apparue :

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| élancements <input type="checkbox"/> | pénétrante <input type="checkbox"/> | décharges électriques <input type="checkbox"/> | coups de poignard <input type="checkbox"/> |
| en étau <input type="checkbox"/> | tiraillement <input type="checkbox"/> | brûlure <input type="checkbox"/> | fourmillements <input type="checkbox"/> |
| lourdeur <input type="checkbox"/> | épuisante <input type="checkbox"/> | angoissante <input type="checkbox"/> | obsédante <input type="checkbox"/> |
| insupportable <input type="checkbox"/> | énervante <input type="checkbox"/> | exaspérante <input type="checkbox"/> | déprimante <input type="checkbox"/> |

précisions que vous souhaitez apporter concernant le début de l'histoire de votre douleur :

L'évolution de la Douleur

➤ modalités d'évolution :

votre douleur (choisissez une seule réponse) :

- ne s'est pas modifiée depuis le début de son apparition
- s'accroît progressivement depuis le début de son apparition
- a nettement diminué voire disparue pendant quelques temps avant de réapparaître
- diminue voire disparaît pour réapparaître par périodes

précisions que vous souhaitez apporter concernant l'évolution de votre douleur :

Histoire de votre Douleur

La prise en charge médicale

➤ prise en charge diagnostique :

1. Quel(s) médecin(s) avez-vous consulté(s) depuis l'apparition de votre douleur ? *

Date <i>(année)</i>	Nom du médecin	Conclusion : <i>(cause de la douleur)</i>
	médecin traitant <input type="checkbox"/> spécialiste <input type="checkbox"/> préciser :	
	médecin traitant <input type="checkbox"/> spécialiste <input type="checkbox"/> préciser :	
	médecin traitant <input type="checkbox"/> spécialiste <input type="checkbox"/> préciser :	
	médecin traitant <input type="checkbox"/> spécialiste <input type="checkbox"/> préciser :	
	médecin traitant <input type="checkbox"/> spécialiste <input type="checkbox"/> préciser :	
	médecin traitant <input type="checkbox"/> spécialiste <input type="checkbox"/> préciser :	
	médecin traitant <input type="checkbox"/> spécialiste <input type="checkbox"/> préciser :	
	médecin traitant <input type="checkbox"/> spécialiste <input type="checkbox"/> préciser :	
	médecin traitant <input type="checkbox"/> spécialiste <input type="checkbox"/> préciser :	

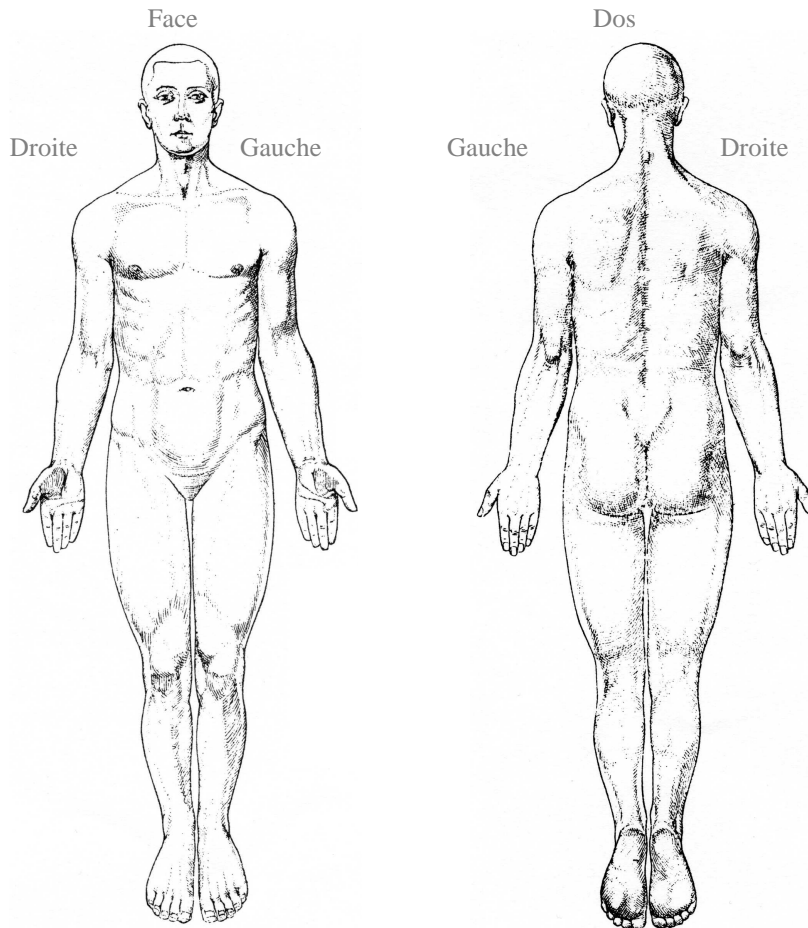
* *si possible, faites une copie des courriers concernant ces consultations*

Votre Douleur – Caractéristiques actuelles

Afin de préciser les caractéristiques de la douleur que vous ressentez actuellement (depuis les 8 derniers jours), nous vous demandons de répondre aux questionnaires suivants.

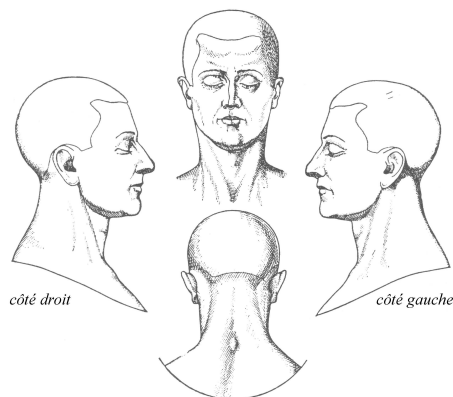
I^{ÈRE} PARTIE : SCHEMA DES ZONES DOULOUREUSES

Indiquez sur les schémas ci-dessous où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.



Mettez sur le schéma un "S" pour une douleur près de la surface de votre corps ou un "P" pour une douleur plus profonde dans le corps

Mettez un "I" à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense



Votre Douleur – Caractéristiques actuelles

2^{EME} PARTIE : MESURE DE L'INTENSITE DE LA DOULEUR

Deux échelles de mesure de l'intensité de la douleur vous sont proposées. Les réponses à une seule échelle sont suffisantes.

Essayez de remplir l'échelle 1, en cas de difficultés essayez de remplir l'échelle 2.

➤ ECHELLE I : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

Nous vous proposons d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur.

L'intensité de votre douleur peut être définie par un trait tracé sur l'échelle comme dans l'exemple ci-dessous :

- une extrémité correspond à la "douleur maximale imaginable"
Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante

- une extrémité correspond à "pas de douleur "
Plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante

Indiquez par un trait ou une croix sur la ligne le niveau de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur au moment présent :

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

Votre Douleur – Caractéristiques actuelles

➤ **ECHELLE II : ECHELLE NUMERIQUE**

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur.

La note 0 correspond à "pas de douleur".

La note 10 correspond à la "douleur maximale imaginable".

Douleur au moment présent :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------------------------

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------------------------

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------------------------

Votre Douleur – Caractéristiques actuelles

3^{EME} PARTIE : QUALIFICATIFS DE LA DOULEUR

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur.

Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers 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
Élancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

4^{EME} PARTIE : RETENTISSEMENT ÉMOTIONNEL DE LA DOULEUR

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider.

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Dans le tableau page suivante, lisez chaque série de question 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.

Votre Douleur – Caractéristiques actuelles

Je me sens tendu ou énervé :

la plupart du temps
souvent
jamais

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

oui, tout autant
pas autant
un peu seulement
presque plus

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose de terrible allait m'arriver :

oui, très nettement
oui, mais ce n'est pas grave
un peu, mais cela ne m'inquiète pas
pas du tout

Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

autant que par le passé
plus autant qu'avant
vraiment moins qu'avant
plus du tout

Je me fais du souci :

très souvent
assez souvent
occasionnellement
très occasionnellement

Je suis de bonne humeur :

jamais
rarement
assez souvent
la plupart du temps

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

oui, quoi qu'il arrive
oui, en général
rarement
jamais

Votre Douleur – Caractéristiques actuelles

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

presque toujours
très souvent
parfois
jamais

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

jamais
parfois
assez souvent
très souvent

Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

plus du tout
je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
il se peut que je n'y fasse plus autant attention
j'y prête autant d'attention que par le passé

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

oui, c'est tout à fait le cas
un peu
pas tellement
pas du tout

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

autant qu'auparavant
un peu moins qu'avant
bien moins qu'avant
presque jamais

J'éprouve des sensations soudaines de panique :

vraiment très souvent
assez souvent
pas très souvent
jamais

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

souvent
parfois
rarement
très rarement

Votre Douleur – Caractéristiques actuelles

5^{EME} PARTIE : 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
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

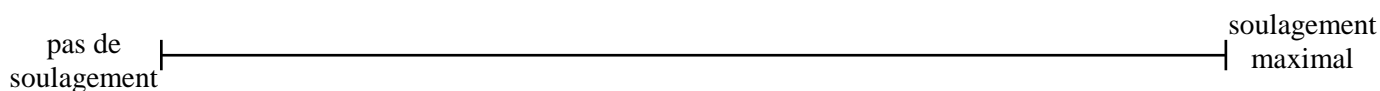
Votre Douleur – Caractéristiques actuelles

6^{EME} PARTIE : MESURES DE L'INTENSITE DE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

Nous vous demandons de préciser l'importance du soulagement de la douleur avec votre traitement actuel. Deux échelles de mesure vous sont proposées. Les réponses à une seule échelle sont suffisantes.

Essayez de remplir l'échelle 1, en cas de difficultés essayez de remplir l'échelle 2.

➤ ECHELLE I : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



➤ ECHELLE II : ECHELLE NUMERIQUE

Entourez ci-dessous la note de 0% à 100% qui décrit le mieux l'importance du soulagement de votre douleur.

La note 0% correspond à "pas de soulagement".

La note 100% correspond au "soulagement maximal".

Pas de soulagement	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Soulagement maximal
--------------------	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	---------------------

Votre Douleur – Et si vous en parliez ?

Exprimez en quelques lignes ce que vous pensez de votre douleur :

1. Quelle est ou quelles sont selon vous la ou les causes de votre douleur ?

2. Avez-vous remarqué des circonstances, des événements aggravant votre douleur ?

Votre Douleur – Et si vous en parliez ?

3. *Avez-vous remarqué des circonstances, des événements soulageant votre douleur ?*

4. *Classer les traitements contre la douleur que vous avez reçu du plus efficace au moins efficace ?*