

DOSSIER INITIAL D'ÉVALUATION

A remplir par le patient

NOM..... PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE PERSONNELLE

.....

TELEPHONE PROFESSIONNEL

TELEPHONE DOMICILE

NOM, ADRESSE ET N° DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT

.....

NOM et ADRESSE de MEDECINS SPECIALISTES à qui nous pourrions adresser un courrier

.....

.....

SITUATION DE FAMILLE

Marié(e) () Célibataire () Divorcé(e) () Veuf(ve) ()

Nombre d'enfants et âge

PROFESSION ACTUELLE

Profession du conjoint.....

Niveau d'études Primaire () Secondaire () Supérieur ()

Retraité (e) Oui () Non ()

Si cela était nécessaire, auriez-vous la possibilité de consulter au moins deux fois par mois ?

Oui () Non ()

S'agit-il d'une maladie ? Oui () Non ()

d'un accident ? Oui () Non ()

d'un accident du travail ? Oui () Non () si oui date :.....

AUTRES MALADIES

Etes-vous en Affection de Longue Durée

Oui () Non ()

Pourquoi ?
.....

TRAITEMENTS POUR LA DOULEUR (Précisez le nom et la dose des médicaments)

Antérieurs

Actuels



Quel est en pourcentage le soulagement de ces traitements :

Traitement pour autres pathologies (Hypertension artérielle, diabète, ..

.....
.....

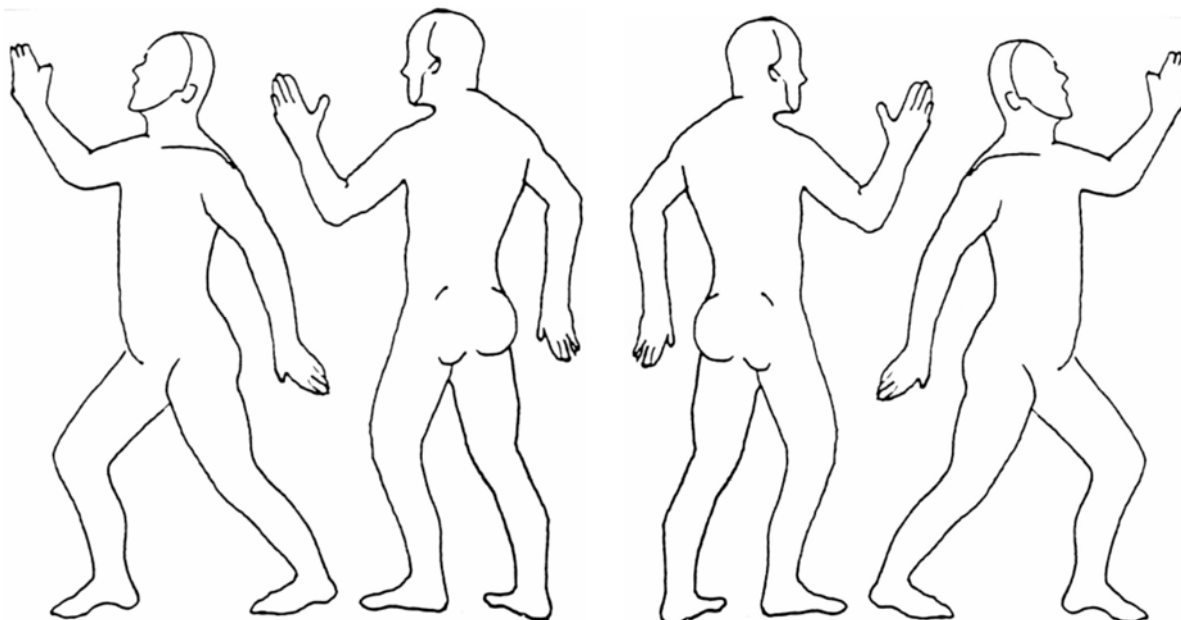
SCHEMA DES ZONES DOULOUREUSES :

Indiquez sur le schéma ci-dessous où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en dessinant 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.

GAUCHE

DROITE



RENSEIGNEMENTS SUR LA DOULEUR

La DOULEUR est-elle permanente ? Oui () Non ()

intermittente ? Oui () Non ()

Avez-vous mal tous les jours ? Oui () Non ()

Si non, combien de jours :

.....par semaine ?

.....par mois ?

POUR CETTE DOULEUR, pouvez-vous préciser le nombre :

- de médecins consultés.....

- d'hospitalisations.....

- d'interventions chirurgicales.....

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 actuellement (depuis les 15 derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte :

	0	1	2	3	4
	absent	faible	modéré	fort	extrêmement fort
	non	un peu	moyennement	beaucoup	extrêmement
Elancements	()	()	()	()	()
Pénétrante	()	()	()	()	()
Décharges électriques ()	()	()	()	()	()
Coups de poignard	()	()	()	()	()
En étai	()	()	()	()	()
Tiraillement	()	()	()	()	()
Brûlure	()	()	()	()	()
Fourmillements	()	()	()	()	()
Lourdeur	()	()	()	()	()
Epuisante	()	()	()	()	()
Angoissante	()	()	()	()	()
Obsédante	()	()	()	()	()
Insupportable	()	()	()	()	()
Enervante	()	()	()	()	()
Exaspérante	()	()	()	()	()
Déprimante	()	()	()	()	()
	()	()	()	()	()
	()	()	()	()	()
	()	()	()	()	()

Echelle "Qualité de vie"

Vous trouverez ci-dessous des énoncés que les gens utilisent pour décrire le retentissement de leur douleur dans la vie quotidienne.

Répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	1	2	3	4
1. Mon temps de marche et les distances que je peux faire sont limités	(<input type="checkbox"/>) Beaucoup	(<input type="checkbox"/>) Pas du tout	(<input type="checkbox"/>) Un peu	(<input type="checkbox"/>) Modérément
2. Dans la journée, je reste allongé la plupart du temps	(<input type="checkbox"/>) Presque jamais	(<input type="checkbox"/>) Quelquefois	(<input type="checkbox"/>) Souvent	(<input type="checkbox"/>) Presque toujours
3. Mes activités professionnelles sont limitées	(<input type="checkbox"/>) Pas du tout	(<input type="checkbox"/>) Un peu	(<input type="checkbox"/>) Modérément	(<input type="checkbox"/>) Beaucoup
4. Mes activités domestiques sont diminuées	(<input type="checkbox"/>) Presque jamais	(<input type="checkbox"/>) Quelquefois	(<input type="checkbox"/>) Souvent	(<input type="checkbox"/>) Presque toujours
5. Mon temps de loisirs est limité (lecture, radio, télévision)	(<input type="checkbox"/>) Pas du tout	(<input type="checkbox"/>) Un peu	(<input type="checkbox"/>) Modérément	(<input type="checkbox"/>) Beaucoup
6. Mes relations avec mes amis sont limitées	(<input type="checkbox"/>) Pas du tout	(<input type="checkbox"/>) Un peu	(<input type="checkbox"/>) Modérément	(<input type="checkbox"/>) Beaucoup
7. Je dors mal	(<input type="checkbox"/>) Presque jamais	(<input type="checkbox"/>) Quelquefois	(<input type="checkbox"/>) Souvent	(<input type="checkbox"/>) Presque toujours
8. Mon intérêt pour les choses sexuelles est limité	(<input type="checkbox"/>) Pas du tout	(<input type="checkbox"/>) Un peu	(<input type="checkbox"/>) Modérément	(<input type="checkbox"/>) Beaucoup
9. Mon appétit est diminué	(<input type="checkbox"/>) Pas du tout	(<input type="checkbox"/>) Un peu	(<input type="checkbox"/>) Modérément	(<input type="checkbox"/>) Beaucoup
10. Mon moral est	(<input type="checkbox"/>) Très bon	(<input type="checkbox"/>) Bon	(<input type="checkbox"/>) Moyen	(<input type="checkbox"/>) Mauvais

Echelle du retentissement émotionnel

Lisez attentivement chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine écoulée.

<p><i>Je me sens énervé(e) ou tendu(e)</i></p> <p>la plupart du temps</p> <p>souvent</p> <p>de temps en temps</p> <p>jamais</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	
<p><i>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'auparavant</i></p> <p>oui, presque autant</p> <p>pas autant</p> <p>un peu seulement</p> <p>presque plus</p>		<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p><i>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</i></p> <p>oui, très nettement</p> <p>oui, mais ce n'est pas trop grave</p> <p>un peu mais cela ne m'inquiète pas</p> <p>pas du tout</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	
<p><i>Je ris facilement et vois le bon côté des choses</i></p> <p>autant que par le passé</p> <p>plus qu'avant</p> <p>vraiment moins qu'avant</p> <p>plus du tout</p>		<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p><i>Je me fais du souci</i></p> <p>très souvent</p> <p>assez souvent</p> <p>occasionnellement</p> <p>très occasionnellement</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	

Echelle du retentissement émotionnel (suite)

<p><i>Je suis de bonne humeur</i></p> <p>jamais</p> <p>rarement</p> <p>assez souvent</p> <p>la plupart du temps</p>		<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p><i>Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et être décontracté(e)</i></p> <p>oui, quoiqu'il arrive</p> <p>oui, en général</p> <p>rarement</p> <p>jamais</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	
<p><i>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</i></p> <p>presque toujours</p> <p>très souvent</p> <p>parfois</p> <p>jamais</p>		<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p><i>J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</i></p> <p>jamais</p> <p>parfois</p> <p>assez souvent</p> <p>très souvent</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	
<p><i>Je ne m'intéresse plus à mon apparence</i></p> <p>Plus du tout</p> <p>Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais</p> <p>Il se peut que je n'y fasse plus autant attention</p> <p>J'y prête autant d'attention que par le passé</p>		<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>

Echelle du retentissement émotionnel (suite)

<p><i>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</i></p> <p>Oui, c'est tout à fait le cas</p> <p>Un peu</p> <p>Pas tellement</p> <p>Pas du tout</p>	3 2 1 0	
<p><i>Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</i></p> <p>Autant qu'avant</p> <p>Un peu moins qu'avant</p> <p>Bien moins qu'avant</p> <p>Presque jamais</p>		0 1 2 3
<p><i>J'éprouve des sensations soudaines de panique</i></p> <p>Vraiment très souvent</p> <p>Assez souvent</p> <p>Pas très souvent</p> <p>Jamais</p>	3 2 1 0	
<p><i>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</i></p> <p>Souvent</p> <p>Parfois</p> <p>Rarement</p> <p>Très rarement</p>		0 1 2 3
<i>Maintenant vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions</i>		
	A	D

ACTUELLEMENT

- Etes-vous en arrêt de travail Oui () Non ()
- Si oui, depuis quelle date ?.....
- Pensez-vous reprendre votre travail au même poste ? Oui () Non ()
- Avez-vous une satisfaction au travail ? Oui () Non ()
- Envisagez-vous un reclassement professionnel ? Oui () Non ()
- Etes-vous au chômage ? Oui () Non ()
- Etes-vous en invalidité ? Oui () Non ()
- Percevez-vous des indemnités journalières ? Oui () Non ()
- Percevez-vous une pension du fait de cette douleur ? Oui () Non ()
- Pensez-vous que cette pension doit être réévaluée ? Oui () Non ()
- Percevez-vous une pension pour une autre raison ? Oui () Non ()
- Etes-vous en litige avec la sécurité sociale ? Oui () Non ()
- Attendez-vous une expertise ? Oui () Non ()

Commentaires :