



# Réseau Douleur 44

## QUESTIONNAIRE DN 4

Une douleur est neuropathique si le score est supérieur ou égal à 4 sur 10

Sensibilité = 82.9 %

Spécificité = 89.9 %

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, veuillez répondre à chaque item des quatre questions ci-dessous par « **oui** » ou par « **non** » / oui = 1 point et non = 0 point.

### Interrogatoire du Patient

**Question 1.** La douleur présente-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 2.** La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	OUI	NON
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Examen du patient

**Question 3.** La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence la caractéristique suivante ?

	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 4.** La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	OUI	NON
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score du patient :

/10

# Réseau Douleur 44



*Examens complémentaires déjà pratiqués pour la douleur : (les joindre à la première consultation)*

- Radiographies : ➤ Scanner :
- IRM : ➤ Scintigraphie :
- Autres (EMG,.....) préciser : .....

*Hospitalisation(s) antérieure(s) pour ce symptôme :*

- Oui
- Préciser la date (même approximativement) et lieu :.
- Non

*Pensez-vous qu'il existe chez votre patient un retentissement psychologique de la douleur chronique*

- Oui ➤ Non

*Y a-t-il eu une prise en charge psychologique ?*

- Oui
- ☞ Nom (psychiatre ou psychologue) :
- Non

*Type de traitements déjà entrepris, durée et effets secondaires éventuels :*

- Antalgiques périphériques
- Opioïdes faibles
- Opioïdes forts
- Antidépresseurs (préciser) : - pour la douleur
- pour une dépression
- Antiépileptiques : préciser .....
- Anesthésiques locaux
- Chimiothérapie :
- Radiothérapie externe :
- Radiothérapie Métabolique :
- Chirurgie
- Neurostimulation transcutanée
- Acupuncture
- Relaxation
- Autres: (traitement oncologique) (préciser).....

*Pensez-vous que la prise en charge de cette douleur s'intègre dans une démarche palliative ?*

**Commentaires :**