

Réseau Douleur 44

AUTRES MALADIES que l'affection douloureuse

Etes-vous en Affection de Longue Durée

Oui (___) Non (___)

Pourquoi ?

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

TRAITEMENTS ANTALGIQUES : Nom, Dose

Antérieurs

Actuels

Autre traitement antalgique :

- Radiothérapie externe
- Radiothérapie métabolique
- Chimiothérapie
- Chirurgie
- Neurostimulation :
- Kinésithérapie :
- Autre :.....

Quel est en pourcentage le soulagement de ces traitements :

Bénéficiez -vous d'un soutien psychologique : OUI

NON

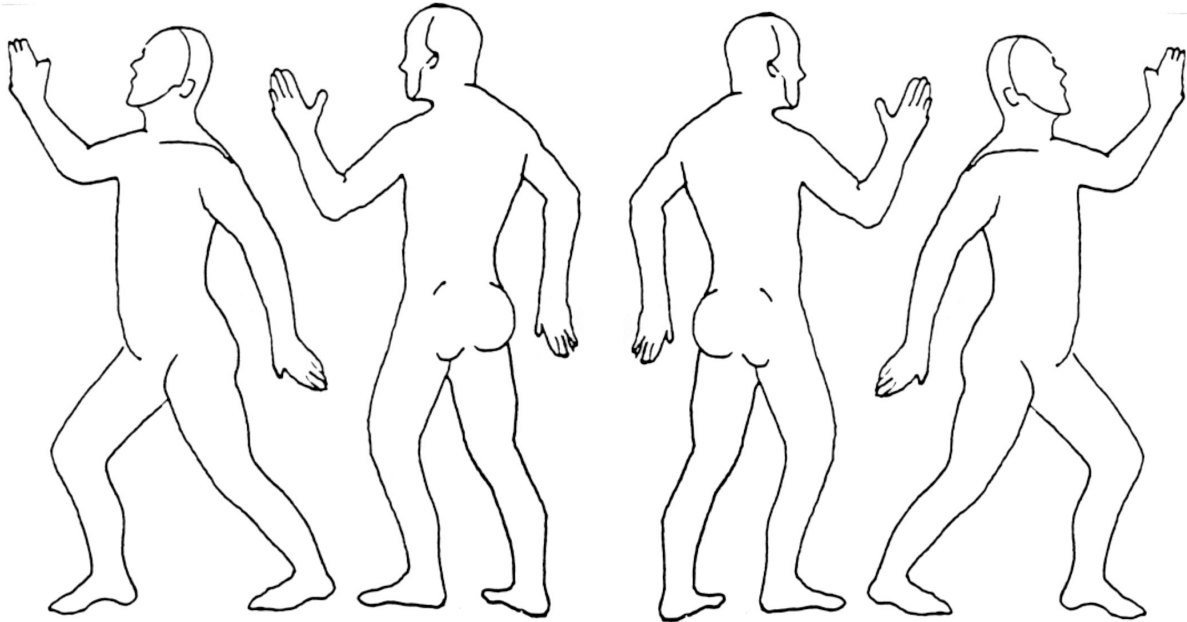
Réseau Douleur 44

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.

GAUCHE

DROITE



RENSEIGNEMENTS SUR LA DOULEUR

La DOULEUR est-elle :

Permanente ? Oui () Non ()

Sur une échelle de 1 à 10 : **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** (entourer le chiffre)

Intermittente ? Oui () Non ()

Sur une échelle de 1 à 10 : **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** (entourer le chiffre)

Combien de crises douloureuses par jour ? :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (entourer le chiffre)

POUR CETTE DOULEUR, pouvez-vous préciser le nombre :

- de médecins consultés.....

- d'hospitalisations.....

- d'interventions chirurgicales.....

Réseau Douleur 44

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES DOULEURS NEUROPATHIQUES NPSI

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité de vos crises douloureuses sur une échelle de 1 à 10

Q.1. Votre douleur est-elle comme une brûlure ?

Aucune brûlure 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Brûlure maximale imaginable

Q. 2. Votre douleur est-elle comme un étouffement ?

Aucun étouffement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Etouffement maximal imaginable

Q. 3. Votre douleur est-elle comme une compression ?

Aucune compression 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Compression maximale imaginable

Q. 4. Au cours des dernières 24 heures, vos douleurs spontanées ont été présentes :

Veillez cocher la réponse qui correspond le mieux à votre état.

- | | | | |
|------------------------|-----|-----------------------|-----|
| - En permanence | () | - Entre 1 et 3 heures | () |
| - Entre 8 et 12 heures | () | - Moins d'1 heure | () |
| - Entre 4 et 7 heures | () | | |



Nous voudrions savoir si vous avez des crises douloureuses brèves. Pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui correspond le mieux à *l'intensité de vos crises douloureuses en moyenne au cours des 24 dernières heures*. Entourez le chiffre 0 si vous n'avez pas ressenti ce type de douleur

Q. 5. Avez-vous des crises douloureuses comme des décharges électriques ?

Aucune décharge électrique 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Décharge électrique maximale imaginable

Q. 6. Avez vous des crises douloureuses comme des coups de couteau ?

Aucun coup de couteau 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Coup de couteau maximal imaginable

Q. 7. Au cours des dernières 24 heures, combien de ces crises douloureuses avez-vous présenté ?

Veillez cocher la réponse qui correspond le mieux à votre état.

- | | | | |
|------------------|-----|----------------------------|-----|
| - Plus de 20 | () | - Entre 1 et 5 | () |
| - Entre 11 et 20 | () | - Pas de crise douloureuse | () |
| - Entre 6 et 10 | () | | |



Réseau Douleur 44

Q. 8. Avez vous des douleurs provoquées ou augmentées par le frottement sur la zone douloureuse ?

Aucune douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

Q. 9. Avez vous des douleurs provoquées ou augmentées par la pression sur la zone douloureuse ?

Aucune douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

Q. 10. Avez vous des douleurs provoquées ou augmentées par le contact avec un objet froid sur la zone douloureuse ?

Aucune douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable



Nous voudrions savoir si vous avez des sensations anormales *dans la zone douloureuse*. Pour chacune des questions suivantes entourez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité de *vos sensations anormales en moyenne au cours des 24 dernières heures*. Entourez le chiffre 0 si vous n'avez pas ressenti ce type de sensation

Q. 11. Avez vous des picotements ?

Aucun picotement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Picotement maximal imaginable

Q. 12. Avez-vous des fourmillements ?

Aucun fourmillement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fourmillement maximal imaginable

Réseau Douleur 44

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

Réseau Douleur 44

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

Réseau Douleur 44

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

Réseau Douleur 44

ACTUELLEMENT

- Etes-vous en arrêt de travail Oui () Non ()
- Si oui, depuis quelle date ?
- Pensez-vous reprendre votre travail au même poste ? Oui () Non ()
- Mi-temps thérapeutique envisagé ? 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 ()

Commentaires :