

Evaluation et de Traitement de la Douleur

Dossier d'Auto-Evaluation

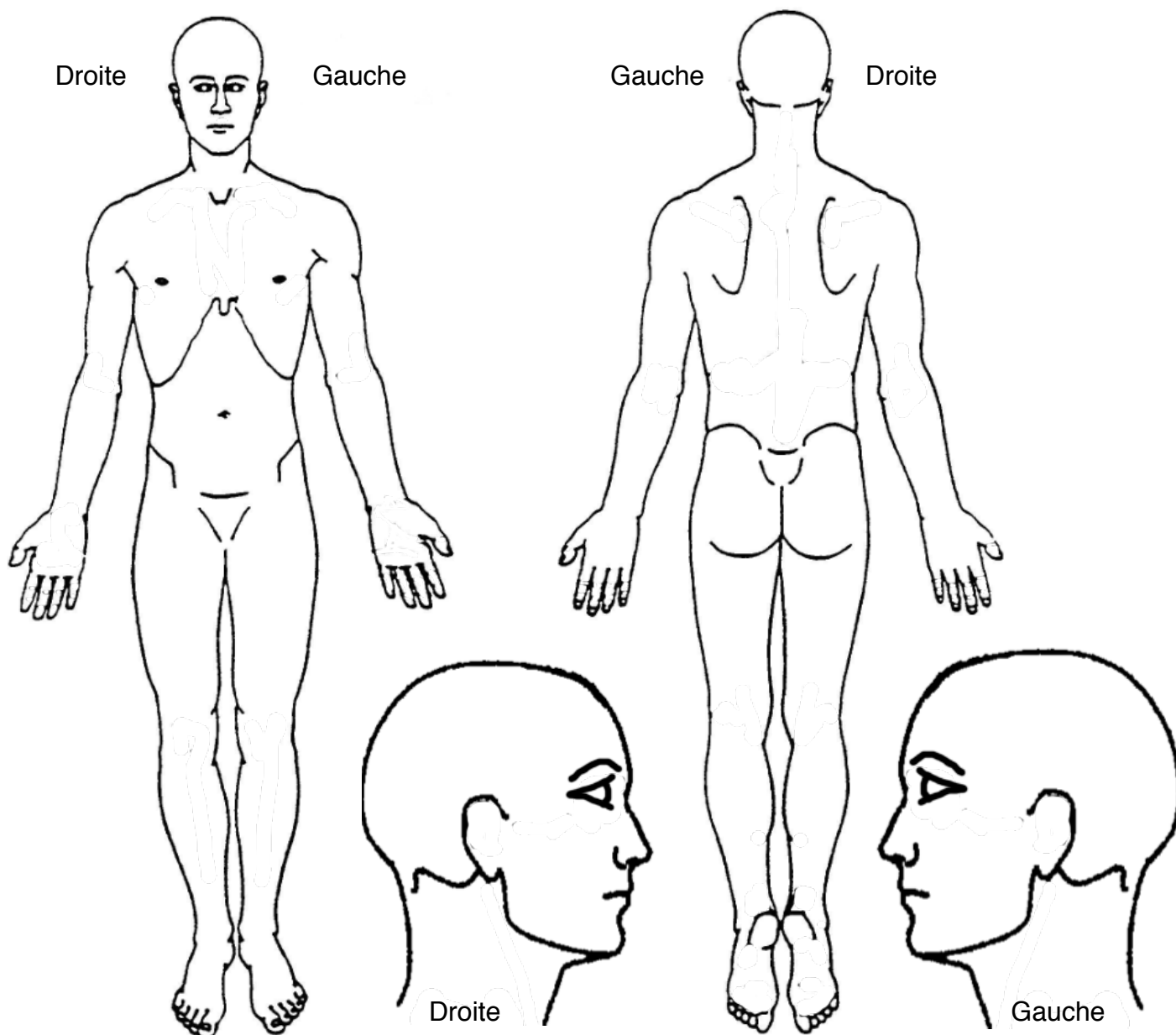
Dans le but de cerner au mieux la douleur que vous ressentez actuellement, nous vous demandons de répondre au mieux à ce questionnaire en **5 étapes**

Nom :

Prénom :

Date :

1 - Localisation de la douleur



2 - Histoire de la douleur

2.1 - Parmi les **traitements** suivants, indiquez ceux qui vous ont déjà été prescrits

Paracétamol	Doliprane	Efferalgan	Profénid
Tramadol	Monocrixo	Ixprim	Durogésic
Codéine	Lamaline	Efféalgan codéiné	Klipal
Lyrica	Neurontin	Cymbalta	Laroxyl
Triptans	Almogran	Relpax	Maxalt
Morphine	Skénan	Actiskénan	Oxycontin
Versatis	Qutenza	Infiltration	rTMS
Chirurgie	TENS	Stimulateur	Kétamine

2.2 - Parmi les **professionnels** suivants, indiquez ceux que vous avez déjà consulté

Acupuncteur	Psychiatre	Assistante sociale
Magnétiseur	Centre anti-douleur	Médecin du travail
Chirurgien	Ostéopathe	Hypnothérapeute
Rééducateur	Kinésithérapeute	Sophrologue
Rhumatologue	Psychologue	Radiologue

3 - Evaluation de la douleur

3.1 - Sur le **thermomètre** de la douleur

Indiquez par un trait le niveau de votre douleur entre "Aucune douleur" et "Douleur maximale imaginable"

* Douleur **la plus faible** depuis les 8 derniers jours

Aucune douleur ————— Douleur Maximale

* Douleur **la plus intense** depuis les 8 derniers jours

Aucune douleur ————— Douleur Maximale

3.2 - Sur l'**Echelle Numérique**

Entourez le chiffre qui correspond à votre **douleur moyenne** les 8 derniers jours

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4 - Qualificatifs de la douleur


	Absent	Faible	Modéré	Fort	Très fort
Elancements					
Pénétrante					
Décharges Electriques					
Coups de poignard					
Etau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					


5 - Retentissement sur le quotidien

Pour chacune des 6 questions, indiquez le chiffre qui décrit le mieux comment la douleur représente un handicap dans votre vie quotidienne.

Placez une croix dans la case qui correspond le mieux à la description de votre douleur

	Ne gêne pas						Gêne beaucoup				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Humeur											
Capacité à marcher											
Travail habituel											
Relation avec les autres											
Sommeil											
Goût de vivre											

Je me sens tendu ou énervé			
	D	3	La plus part du temps
		2	Souvent
		1	De temps en temps
		0	Jamais
Je prends plaisir aux même choses qu'avant			
	0		Oui, tout autant
	1		Pas autant
	2		Un peu seulement
	3		Presque plus
Pense que qqchose d'horrible va arriver			
	3		Oui, très nettement
	2		Oui, mais ce n'est pas grave
	1		Un peu, je ne suis pas inquiet
	0		Pas du tout
Je ris facilement, prends le bon côté			
	0		Autant que par le passé
	1		Plus autant qu'avant
	2		Moins souvent qu'avant
	3		Plus du tout
Je me fais du souci			
	3		Très souvent
	2		Assez souvent
	1		Occasionnellement
	0		Très occasionnellement
Je suis de bonne humeur			
	3		Jamais
	2		Rarement
	1		Assez souvent
	0		La plus part du temps
Je peux rester assis à ne rien faire			
	0		Oui, cela m'arrive
	1		Oui en général
	2		Rarement
	3		Jamais

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti			
3	A		Presque toujours
2			Très souvent
1			Parfois
0			Jamais
J'éprouve des sensations de peur			
	0		Jamais
	1		Parfois
	2		Assez souvent
	3		Très souvent
Je ne m'intéresse plus à mon apparence			
	3		Pas du tout
	2		Pas autant que je devrais
	1		C'est possible
	0		J'y fais autant attention qu'avant
Je n'arrive pas à tenir en place			
	3		C'est tout à fait le cas
	2		Un peu
	1		Pas tellement
	0		Pas du tout
Je me réjouis d'avance de faire des choses			
	0		Autant qu'auparavant
	1		Un peu moins qu'avant
	2		Bien moins qu'avant
	3		Presque jamais
J'éprouve des sensations de panique			
	3		Très souvent
	2		Assez souvent
	1		Pas très souvent
	0		Jamais
Je peux prendre plaisir à un bon livre			
	0		Souvent
	1		Parfois
	2		Rarement
	3		Très rarement