

BILAN D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR



QUESTIONNAIRE A REMPLIR AVANT LA CONSULTATION

Date de la visite : __/__/____

VOTRE SITUATION PERSONNELLE

Etiquette Patient

Etiquette Adresse

☎ Domicile :

☎ Portable :

Qui vous a adressé ?

Quel est votre médecin traitant ou référent ?

Nom / Prénom : _____ Spécialité : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Précisez vos différents correspondants médicaux s'il y a lieu :

Nom / Prénom : _____ Spécialité : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Précisez votre profession : _____

Etes-vous ? (Cochez la ou les cases qui correspondent à votre situation)

En activité - A temps plein - A temps partiel

Au chômage En accident de travail En arrêt maladie

En longue maladie En invalidité

Depuis le : __/__/____

Retraité Pensionné

VOS ANTECEDENTS

Etes-vous atteint (e) ou avez vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes ?

Insuffisance cardiaque

OUI NON

- **Infarctus du myocarde** OUI NON
- **Hypertension** OUI NON
- **Insuffisance respiratoire** OUI NON
- **Asthme** OUI NON
- **Diabète** OUI NON
- **Insuffisance rénale** OUI NON
- **Cancer** OUI NON

Précisez le type de cancer : _____

- **Arthrose** OUI NON
- **Migraine** OUI NON
- **Ulcère** OUI NON
- **Traumatisme crânien** OUI NON
- **Maladie de Parkinson** OUI NON
- **Accident vasculaire cérébral** OUI NON
- **Dépression** OUI NON
- **Allergie** OUI NON

Si oui, à quoi ? _____

Autres : précisez ci-dessous :

Avez-vous déjà été opéré ?

OUI NON

Si Oui, quelles interventions ?

VOS TRAITEMENTS ANTERIEURS

Parmi la liste des médicaments suivants (présentés sous forme alphabétique), veuillez SVP indiquer avec une croix ceux que vous avez déjà essayés pour vos douleurs, s'ils vous ont amélioré et s'ils ont entraîné des effets indésirables.

	Essayés	Efficaces	Effets indésirables (précisez)
ACTIQ			
ACTISKENAN			
AMITRIPTYLINE			
ANAFRANIL			
APRANAX			
ASPIRINE			
BACLOFENE			
(BI) PROFENID			
CELEBREX			
CLOMIPRAMINE			
CONTRAMAL			
CYMBALTA			
DAFALGAN			
DAFALGAN CODEINE			
DOLIPRANE			
DUROGESIC (patches)			
EFFERALGAN			
EFFERALGAN CODEINE			
GABAPENTINE			
IBUPROFENE			
IXPRIM			
KAPANOL			
KETOPROFENE			
LAROXYL			
LYRICA			
LIORESAL			
MIOREL			

MOSCONTIN			
NEURONTIN			
OXYCONTIN			
PARACETAMOL			
PROPOFAN			
RIVOTRIL			
SEVREDOL			
SKENAN			
SOPHIDONE			
SPASFON			
TAKADOL			
TEGRETOL			
TOPALGIC			
TRAMADOL			
VERSATIS (patches)			
VOLTARENE			
ZALDIAR			
ZAMUDOL			
AUTRE (<i>précisez</i>) :			

Indiquez la liste de tous les médicaments que vous prenez actuellement:

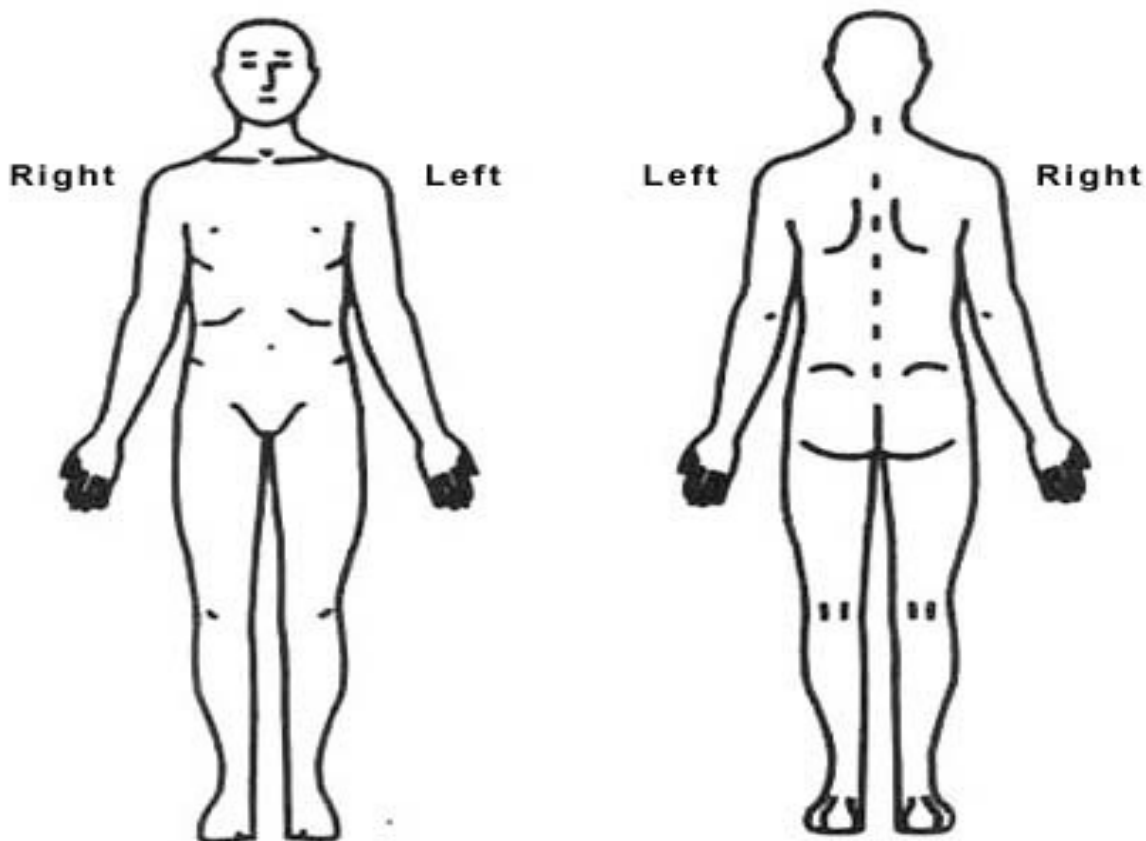
Médicaments	Doses utilisées par jour	Effets indésirables : (Si OUI lesquels)

Brief Pain Inventory (BPI) - Questionnaire concis sur les douleurs

1 - Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleur un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents). Avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleur « familières » aujourd'hui?

Oui Non

2 - Indiquer sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone :



3 - S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus intense** que vous ayez ressenti pendant les dernières 24 heures.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur												Douleur la plus horrible que vous puissiez

4 - S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus faible** que vous ayez ressenti pendant les dernières 24 heures.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Pas de douleur	Douleur la plus horrible que vous puissiez

5 - S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **en général**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Pas de douleur	Douleur la plus horrible que vous puissiez

6 - S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **en ce moment**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Pas de douleur	Douleur la plus horrible que vous puissiez

7 - Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur?

--

8 - Pendant les dernières 24 heures, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont apporté? Pouvez-vous indiquer le pourcentage d'**amélioration** obtenue?

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%	
Aucune amélioration	Amélioration complète

9 - Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, pendant les dernières 24 heures, la douleur a gêné votre:

- Activité Générale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune gêne											Gêne
complète											

- Humeur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune gêne											Gêne
complète											

- Capacité à marcher

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune gêne											Gêne
complète											

- Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune gêne											Gêne
complète											

- Relation avec les autres

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune gêne											Gêne
complète											

- Sommeil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune gêne											Gêne
complète											

- Goût de vivre

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune gêne											Gêne
complète											

Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI)

Nous voudrions savoir si vous avez des douleurs spontanées, c'est-à-dire des douleurs en l'absence de toute stimulation. Pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui correspond le mieux à **l'intensité de vos douleurs spontanées en moyenne au cours des 24 dernières heures**. Entourez le chiffre 0 si vous n'avez pas ressenti ce type de douleur. (Veuillez n'entourer qu'un seul chiffre)

1) Votre douleur est-elle comme une brûlure ?

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

2) Votre douleur est-elle comme un étai ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucun Etai					Etai maximale imaginable					

3) Votre douleur est-elle comme une compression ?

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

4) **Au cours des dernières 24 heures**, vos douleurs spontanées ont été présentes :
Veuillez cocher la réponse qui correspond le mieux à votre état

En permanence / _ /

Entre 8 et 12 heures / _ /

Entre 4 et 7 heures / _ /

Entre 1 et 3 heures / _ /

Moins d' 1 heure / _ /

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.(Veuillez n'entourer qu'un seul chiffre)

5) Avez-vous des crises douloureuses comme des décharges électriques ?

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

6) Avez-vous des crises douloureuses comme des coups de couteau ?

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

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

Veuillez cocher la réponse qui correspond le mieux à votre état

Plus de 20 / /

Entre 11 et 20 / /

Entre 6 et 10 / /

Entre 1 et 5 / /

Pas de crise douloureuse / /

Nous voudrions savoir si vous avez des douleurs provoquées ou augmentées par le frottement, la pression, le contact d'objets froids sur la zone douloureuse. Pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui correspond le mieux à **l'intensité de vos douleurs provoquées en moyenne au cours des 24 dernières heures**. Entourez le chiffre 0 si vous n'avez pas ressenti ce type de douleur.(Veuillez n'entourer qu'un seul chiffre)

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

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

9) Avez-vous des douleurs provoquées ou augmentées par la pression sur la zone douloureuse ?

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

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune Douleur										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. (Veuillez n'entourer qu'un seul chiffre)

11) Avez-vous des picotements ?

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

12) Avez-vous des fourmillements ?

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

ECHELLES D'EVALUATION GENERALESE

ECHELLE H. A. D.

Hospital and anxiety depression scale

de Zigmond A. S. et Snait R. P.

Traduction française : J. P. Lépine

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. Ne faites pas attention aux chiffres ni aux lettres imprimés à la gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions 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.

	A	Je me sens tendu ou énervé :
	3	La plupart du temps
	2	Souvent
	1	De temps en temps
	0	Jamais
D		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
0		Oui, tout autant
1		Pas autant
2		Un peu seulement
3		Presque plus
	A	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
	3	Oui, très nettement
	2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
	1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	0	Pas du tout
D		Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
0		Autant que par le passé
1		Plus autant qu'avant
2		Vraiment moins qu'avant
3		Plus du tout
	A	Je me fais du souci :
	3	Très souvent
	2	Assez souvent
	1	Occasionnellement
	0	Très occasionnellement
D		Je suis de bonne humeur :
3		Jamais
2		Rarement
1		Assez souvent
0		La plupart du temps
	A	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sens décontracté :

	0	Oui, quoi qu'il arrive
	1	Oui, en général
	2	Rarement
	3	Jamais
D		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
3		Presque toujours
2		Très souvent
1		Parfois
0		Jamais
	A	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
	0	Jamais
	1	Parfois
	2	Assez souvent
	3	Très souvent
D		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3		Plus du tout
2		Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1		Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0		J'y prête autant d'attention que par le passé
	A	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
	3	Oui, c'est tout à fait le cas
	2	Un peu
	1	Pas tellement
	0	Pas du tout
D		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
0		Autant qu'avant
1		Un peu moins qu'avant
2		Bien moins qu'avant
3		Presque jamais
	A	J'éprouve des sensations soudaines de panique :
	3	Vraiment très souvent
	2	Assez souvent
	1	Pas très souvent
	0	Jamais
D		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :
		Souvent
0		Parfois
1		Rarement
2		Très rarement
3		

Chacun d'entre nous peut présenter une douleur au cours de sa vie. Il peut s'agir d'un mal de tête, d'une douleur dentaire, d'une douleur musculaire ou articulaire. Il n'est pas rare d'être confronté à une situation génératrice de douleur, telle qu'une maladie, une blessure, un soin dentaire ou une intervention chirurgicale.

Nous souhaiterions savoir quels types de sentiments et d'émotions vous pouvez ressentir quand vous avez mal. Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant plusieurs types de sentiments et émotions pouvant être associés à la douleur. Veuillez indiquer au moyen de l'échelle ci-dessous à quel point vous ressentez ces sentiments et émotions quand vous avez mal.

0 – pas du tout **1** – un peu **2** – modérément **3** – beaucoup **4** – en permanence

Quand j'ai mal ...

- 1 je me préoccupe constamment de savoir si la douleur s'arrêtera
- 2 j'ai l'impression que je ne pourrai pas continuer ainsi
- 3 c'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais.
- 4 c'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi.
- 5 j'ai l'impression de ne plus pouvoir supporter la douleur.
- 6 j'ai peur que la douleur ne s'aggrave
- 7 je ne cesse de penser à d'autres expériences douloureuses.
- 8 je souhaite avec angoisse que la douleur disparaisse.
- 9 je ne peux pas m'empêcher d'y penser.
- 10 je ne cesse de penser à quel point ça fait mal.
- 11 je ne cesse de penser à quel point je veux que la douleur disparaisse.
- 12 il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur.
- 13 je me demande s'il va m'arriver quelque chose de grave

....**Total** /52

Droits Réservés © 1995
Michael J.L. Sullivan

Partie à remplir par le médecin

Synthèse bilan douleur

Date du bilan :

Caractéristiques	Douleur
EN Max	
EN Min	
EN Actuelle	
Evolution (↓, =, ↑)	
Neuropathique	
Mixte	
Viscérale	
Localisation	
DN4	
NPSI	
	Anxiété
HAD	A: D:
Catastrophisme	

Proposition thérapeutique :