



AUTO-QUESTIONNAIRE SUR LA DOULEUR CHRONIQUE

Date de remplissage

Aidant au remplissage (lien avec le patient)

Professionnels participant au parcours de soin pour votre douleur

MEDECIN TRAITANT

INFIRMIER(E)

KINESITHEPEUTE

PHARMACIEN

PSYCHOLOGUE

AUTRE MEDECIN

Autres professionnels (y compris les acteurs non conventionnels)

Description de la douleur ressentie au cours de la dernière semaine

Indiquez l'intensité de votre douleur par une note de 0 à 10

(0 : pas de douleur / 10 : la plus forte douleur que vous pouvez imaginer)

Actuellement

/10

Dans les pires moments

/10

Habituellement (moyenne)

/10

Dans les meilleurs moments

/10

Votre douleur est-elle **présente tous les jours** :

Oui

Non

Au cours de la journée, la douleur est-elle :

permanente

intermittente

■ Si la douleur est **permanente**, y a-t-il des renforcements douloureux :

le matin

l'après-midi

le soir

la nuit

■ Si la douleur est **intermittente**, se manifeste-t-elle (vous pouvez cocher plusieurs cases) :

le matin

l'après-midi

le soir

la nuit

■ Si lors d'**activités spécifiques**, lesquelles ?



AUTO-QUESTIONNAIRE SUR LA DOULEUR CHRONIQUE

Retentissement de la douleur sur votre état

Vous sentez-vous : (une seule réponse par colonne)

Inquiet, stressé ou anxieux ?

- Pas du tout
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Enormément

Triste ou déprimé ?

- Pas du tout
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Enormément

Combien de temps dormez-vous, en moyenne chaque nuit : heures

Quelle est la qualité de votre sommeil ? (une seule réponse)

- Excellente
- Bonne
- Moyenne
- Mauvaise
- Extrêmement mauvaise

Combien d'heures en moyenne dans la journée avez-vous passées en position couchée ou assise ou debout immobile sans dormir (sédentarité) : heures

Combien d'heures en moyenne avez-vous passées à faire une activité physique cette dernière semaine ?

■ **Activité physique du quotidien :** heures (à préciser) :

■ **Déplacements actifs :**

- Marche heures
- Déplacement à vélo heures
- Monter et descendre des escaliers heures

■ **Autres activités physiques ou sportives de loisir :** heures (à préciser) :



AUTO-QUESTIONNAIRE SUR LA DOULEUR CHRONIQUE

Traitement de la douleur

Indiquez **votre traitement médicamenteux actuel pour la douleur** (dernière ordonnance) :

Médicament	Date de début de la prescription	Posologie	Efficacité		Effets indésirables	
			Oui	Non	Oui	Non
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indiquez le **soulagement global** que vous apporte votre traitement actuel (0 à 100%) : %

Commentaires éventuels :

Indiquez si possible **tous les médicaments auparavant pris pour la douleur** :

Médicament	Durée de la prescription	Posologie	Efficacité		Effets indésirables	
			Oui	Non	Oui	Non
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires éventuels (en particulier efficacité et cause(s) de l'arrêt) :

Avez-vous progressivement augmenté de vous-même la prise de médicaments antalgiques pour soulager votre douleur depuis l'apparition de celle-ci : Non Oui (préciser lesquels) :



AUTO-QUESTIONNAIRE SUR LA DOULEUR CHRONIQUE

Indiquez les différents traitements non médicamenteux ou techniques dont vous avez bénéficié pour la douleur depuis son début jusqu'à ce jour :

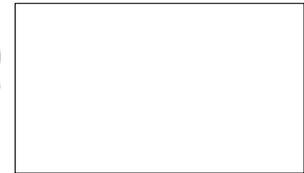
Thérapeutique	Type	Efficacité		Date et durée
		Oui	Non	
Rééducation/réadaptation en service hospitalier		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Prise en charge par un masseur-kinésithérapeute		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Programme d'activité physique adaptée		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Education thérapeutique Apprentissages de bonne santé		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psychothérapie		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hypnose		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pleine conscience Méditation		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Relaxation – Sophrologie		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Acupuncture		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Manipulations – Ostéopathie		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Stimulation électrique (TENS)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chirurgies		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Infiltrations		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autres (à préciser) :		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="text"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Associations d'usagers – Réseaux sociaux Internet – Outils informatiques/Applis		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Quels sont les moyens non médicamenteux soulageant la douleur que vous utilisez vous-même, en plus des divers traitements mentionnés (repos, chaleur, froid, massage, position, activité, etc.) ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quels ont été jusqu'ici les traitements et/ou les moyens les plus efficaces pour soulager votre douleur ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>



AUTO-QUESTIONNAIRE SUR LA DOULEUR CHRONIQUE

Informations socio-professionnelles

- Vous êtes **étudiant**
- Vous êtes **en activité professionnelle**
Sur un poste aménagé ? Non Oui
En temps partiel thérapeutique ? Non Oui Date :
- Vous êtes **en arrêt de travail** Date :
Lié à un accident de travail ? Non Oui Date :
Est-ce une rechute ? Non Oui
Lié à une maladie professionnelle ? Non Oui Date :
Pensez-vous reprendre votre poste ? Non Oui
Envisagez-vous un reclassement ? Non Oui
- Vous êtes **au chômage** Date :
- Vous êtes **en reconversion professionnelle** Date :
- Vous êtes **retraité**
- Vous êtes **sans activité** Date :
- Vous êtes reconnu **travailleur handicapé (RQTH)** Date :
- Vous êtes reconnu **adulte handicapé (AAH)** Date :
- Vous êtes reconnu en **invalidité**, catégorie 1 2 3 Date :
Si oui, devrait-elle être réévaluée ? Non Oui
- Vous êtes **en litige avec la sécurité sociale**
- Vous **avez fait l'objet d'une expertise**
- Vous **attendez une expertise**
- Il y a des périodes dans le mois où **vous rencontrez de réelles difficultés financières** pour faire face à vos besoins.
En cas de difficultés, y a-t-il des personnes dans votre entourage sur qui vous pouvez compter pour vous apporter une aide ? Non Oui
Précisez la nature de cette aide matérielle (hébergement, aide financière...) :



AUTO-QUESTIONNAIRE SUR LA DOULEUR CHRONIQUE

Informations complémentaires

Si l'origine de votre douleur est considérée comme connue par les médecins, quel est votre point de vue personnel sur cette origine ?

Si l'origine de votre douleur n'est pas connue des médecins, quel est votre avis personnel sur son origine ?

A votre avis, pourquoi votre douleur dure-t-elle aussi longtemps ?

Qu'attendez-vous d'une prise en charge de la douleur par le médecin spécialiste et l'équipe de soins spécialisés ?

Quel est l'objectif principal dans votre vie, que vous poursuivez actuellement ?

Quel sera votre projet de vie, une fois le problème douloureux amélioré ?