



**LES HOPITAUX DU LEMAN**  
**Consultations de la Douleur Chronique**  
**Hôpital Georges Pianta - CS 20526**  
**74203 Thonon Les Bains**

**Docteur Anouck FOISON**  
Médecin de la Douleur Chronique  
Tél : 04.50.83.24.34  
**Secrétariat**  
Tél : 04.50.83.24.34  
Fax : 04.50.83.22.63  
secrétariat-douleur@ch-hopitauxduleman.fr

**Questionnaire pour une demande de 1<sup>ère</sup> consultation**  
**dans le cadre de la douleur chronique**  
**A remplir par le patient**

Nom ..... Nom J.F. ....  
Prénom ..... Sexe :  F  M  
Date de naissance .....

Adresse .....  
Commune .....  
Téléphone ..... Portable .....

**Médecin traitant**

Nom ..... Tel .....

**Médecins spécialistes consultés (y compris dans un centre de la douleur) et date :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Situation familiale :**

vit en couple  célibataire   
divorcé(e)  veuf(ve)

Nombre d'enfants et âges :

.....

**Situation socio-professionnelle :**

- Métier :
  - Stress socio-professionnel :
    - Important  moyen  peu ou pas important
- En activité  retraité  chômage  RMI
- En arrêt de travail  (si oui, depuis combien de temps) :
- En accident du travail  (si oui, depuis combien de temps) :
- En rechute d'accident du travail  (si oui, depuis combien de temps) :
- En invalidité  si oui, depuis quand : quelle catégorie :
  
- En cas d'arrêt de travail, pensez-vous reprendre votre travail au même poste ? oui  non
- Envisagez-vous un reclassement professionnel ? oui  non
- Percevez-vous une pension du fait de la douleur ? oui  non
- Pensez-vous que cette pension doit être réévaluée ? oui  non

**Antécédents personnels :**

- Antécédents médicaux :
  
  
  
  
  
  
- Antécédents chirurgicaux :

**Traitements pris actuellement :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Quels traitements avez-vous déjà utilisés ? Entourez l'antalgique et/ou la technique qui vous concerne :**

ANTALGIQUES	Pourcentage de soulagement : de 0 (aucun soulagement) à 100% (soulagement total)	Effets secondaires
MORPHINIQUE FORT : SKENAN, MOSCONTIN, OXYCONTIN, DUROGESIC		
MORPHINIQUE FORT INJECTABLE		
PARACETAMOL : DOLIPRANE, EFFERALGAN, DAFALGAN		

IBUPROFENE, ADVIL, NUROFENE, KETOPROFENE		
PROFENID, ARCOXIA, VOLTARENE, APRANAX		
Produits codéïnés : CODOLIPRANE, KLIPAL		
LAMALINE, IZALGI		
ASPIRINE, ASPEGIC, CEPHYL, MIGRIV, CEPHALGAN		
TOPALGIC, CONTRAMAL, XPRIM, ZALDIAR		
ACUPAN, NEFOPAM		
LAROXYL, AMYTRIPTILINE, ANAFRANIL		
CYMBALTA (DULOXETINE), EFFEXOR (VENLAFAXINE), autres antidépresseurs		
RIVOTRIL		
LYRICA NEURONTIN		
TEGRETOL CARBAMAZEPINE		
DEPAKINE KEPPRA		
Perfusion de KETAMINE		
Perfusion de XYLOCAINE		
VERSATIS (patch de LIDOCAINE)		
QUTENZA (patch de CAPSAICINE)		
Infiltrations		
Stimulation électrique (TENS)		
Kinésithérapie – balnéothérapie – ostéopathie – manipulations		
Centre de rééducation Cure		
Mésothérapie – hydrotomie percutanée		
Acupuncture		
Psychothérapie : de quel type ?		

Sophrologie – relaxation		
Hypnose		
Autres		

**Examens déjà réalisés** (scanner, IRM, échographie, radios, laboratoire...) et date :

.....

.....

.....

.....

**Description de la douleur :**

- Evolution de la douleur : depuis combien de temps avez-vous mal ?

.....

- La douleur est apparue :

➤ Progressivement                       brutalement                       rapidement

- Connaissez-vous l'origine de votre douleur ? oui  non

➤ si oui, circonstances (maladie, traumatisme, chirurgie, fatigue, stress, autres...)

.....

.....

**Type de douleur :**

- niveau d'intensité de votre douleur : donner une note de 0 à 10 (0 = pas de douleur 10 = douleur maximum)

- globalement \_\_\_\_
- aux moments les plus douloureux \_\_\_\_
- aux moments les moins douloureux \_\_\_\_

- avez-vous mal tous les jours ? oui  non

- indiquez par une note de 0 à 10 le niveau de gêne que votre douleur entraîne dans votre vie quotidienne sous ces différents aspects :

Humeur	ne gêne pas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	gêne complètement
Capacité à marcher	ne gêne pas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	gêne complètement
Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et travaux domestiques)	ne gêne pas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	gêne complètement
Relations avec les autres	ne gêne pas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	gêne complètement
Sommeil	ne gêne pas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	gêne complètement
Temps de sommeil = ..... h/jour sommeil récupérateur ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Goût de vivre	ne gêne pas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	gêne complètement

**Afin de préciser la douleur que vous ressentez en général :**

- indiquez par une croix les mots qui décrivent votre douleur en général
- Afin de préciser votre douleur, donnez une note dans la deuxième case à chacun des mots choisis selon le code suivant :  
0 = absente 1 = faible 2 = modérée 3 = forte 4 = extrêmement forte

A	Battements		E	Tiraillement		K	nauséuse	
	Pulsations			Etirement			suffocante	
	Elancement			Distension			syncopale	
	En éclairs			Déchirure		L	inquiétante	
	Décharges électriques			Torsion			Oppressante	
	Coups de marteau			Arrachement			Angoissante	
B	Rayonnante		F	Chaleur		M	Harcelante	
	Irradiante			Brulure			Obsédante	
C	Piqûre		G	Froid			Cruelle	
	Coupure			Glacé			Torturante	
	Pénétrante		H	Picotements			Supplicante	
	Transperçante			Fourmillements		N	Gênante	
	Coups de poignard			Démangeaisons			Désagréable	
D	Pincement		I	Engourdissement			Pénible	
	Serrement			Lourdeur			Insupportable	
	Compression			Sourde		O	Enervante	
	Ecrasement		J	Fatigante			Exaspérante	
	En étai			Épuisante			Horripilante	
	Broiement			Ereintante		P	Déprimante	
							Suicidaire	

**Entourez la réponse qui vous concerne :**

<p><b>Je me sens tendu ou énervé :</b></p> <p>3 la plupart du temps 2 souvent 1 de temps en temps 0 jamais</p>	<p><b>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</b></p> <p>0 oui tout autant 1 pas autant 2 un peu seulement 3 presque plus</p>
<p><b>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</b></p> <p>3 oui très nettement 2 oui mais ce n'est pas grave 1 un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 pas du tout</p>	<p><b>Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</b></p> <p>0 autant que par le passé 1 moins qu'avant 2 vraiment moins qu'avant 0 plus du tout</p>
<p><b>Je me fais du souci :</b></p> <p>3 très souvent 2 assez souvent 1 occasionnellement 0 très occasionnellement</p>	<p><b>Je suis de bonne humeur :</b></p> <p>0 jamais 1 rarement 2 assez souvent 3 la plupart du temps</p>

<p><b>Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :</b></p> <p>0 quoiqu'il arrive  1 oui en général  2 rarement  3 jamais</p>	<p><b>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</b></p> <p>3 presque tous les jours  2 très souvent  1 parfois  0 jamais</p>
<p><b>J'éprouve des sensations de peur, j'ai l'estomac noué :</b></p> <p>0 jamais  1 parfois  2 assez souvent  3 très souvent</p>	<p><b>Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</b></p> <p>3 plus du tout  2 je n'y accorde pas autant 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</p>
<p><b>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</b></p> <p>3 oui c'est tout à fait le cas  2 un peu  1 pas tellement  0 pas du tout</p>	<p><b>Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</b></p> <p>0 autant qu'avant  1 un peu moins qu'avant  2 bien moins qu'avant  3 presque jamais</p>
<p><b>J'éprouve des sensations soudaines de panique :</b></p> <p>3 vraiment très souvent  2 assez souvent  1 pas tellement  0 pas du tout</p>	<p><b>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télé :</b></p> <p>0 souvent  1 parfois  2 rarement  3 très rarement</p>

**Localisation de votre douleur :**

Hachurez ou mettez une croix sur l'endroit de votre ou de vos zones douloureuses (voir schéma corporel ci-joint)

**Qu'attendez-vous de cette consultation ?**

.....

.....

.....

.....