

Auto-questionnaire d'une personne douloureuse chronique en soins primaires

À remplir par le patient

Date de remplissage :

Personne aidant au remplissage, le cas échéant :

PROFESSIONNELS PARTICIPANT À LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

(Nom, prénom, ville ou structure)

- Médecin traitant
- Infirmier
- Masseur-kinésithérapeute
- Pharmacien
- Psychologue
- Autres médecins
- Autres professionnels (à préciser, 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 puissiez imaginer)

- Actuellement :
- Habituellement (moyenne) :
- Dans les pires moments :
- Dans les meilleurs moments :

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 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 ? :

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

le matin l'après-midi le soir la nuit

RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR SUR VOTRE ÉTAT

Précisez les éléments suivants en cochant une seule case par colonne :

Vous sentez-vous inquiet, stressé ou anxieux ?

- pas du tout
- un peu
- moyennement
- beaucoup
- énormément

Vous sentez-vous triste ou déprimé ?

- pas du tout
- un peu
- moyennement
- beaucoup
- énormément

Combien de temps dormez-vous, en moyenne chaque nuit (notez en 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) ? :

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

- Activité physique du quotidien : (à préciser) :
- Déplacements actifs :
 - marche
 - déplacement à vélo
 - monter et descendre des escaliers
- Autres activités physiques ou sportives de loisirs : (à préciser)

TRAITEMENTS DE LA DOULEUR

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

Médicament	Date de début de la prescription	Posologie	Efficacité		Effets secondaires	
			Oui	Non	Oui	Non

Quel soulagement global 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 secondaires	
			Oui	Non	Oui	Non

Commentaires (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 ? : oui non

Si oui, lesquels ? :

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				
Prise en charge par un masseur-kinésithérapeute				
Programme d'activité physique adaptée				
Éducation thérapeutique – Apprentissages de bonne santé				
Psychothérapie				
Hypnose				
Pleine conscience – Méditation				
Relaxation – Sophrologie				
Acupuncture				
Manipulations – Ostéopathie				
Stimulations électriques (TENS)				
Chirurgies				
Infiltrations				
Autres (à préciser)				
Associations d'usagers – Réseaux sociaux/ Internet – Outils informatiques/ Appli				

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

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

INFORMATIONS SOCIALES

- Êtes-vous au chômage ? oui non
- Êtes-vous en invalidité ? oui non
- Êtes-vous en accident du travail ? oui non
Si oui, est-ce une rechute ? oui non
- Êtes-vous reconnu travailleur handicapé (RQTH) ? oui non
- Êtes-vous retraité ? oui non
- Êtes-vous en arrêt de travail ? oui non
Si oui, répondez aux questions suivantes :
 - depuis quelle date (jour, mois, année) ? : _____
 - 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
Si oui, pensez-vous que cette pension doit être réévaluée ? oui non
- Êtes-vous en litige avec la Sécurité sociale ? oui non
- Avez-vous fait l'objet d'une expertise (assurance, Sécurité sociale, etc.) ? oui non
- Attendez-vous une expertise ? oui non
- Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, électricité-chauffage...) ? oui non
- En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? oui non
- En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? oui non
Si oui, précisez la nature de cette aide matérielle (financière, etc.)

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 ?

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

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

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

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