



## 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 ?**