

Questionnaire AVANT

Veillez compléter intégralement le questionnaire avant votre première consultation.

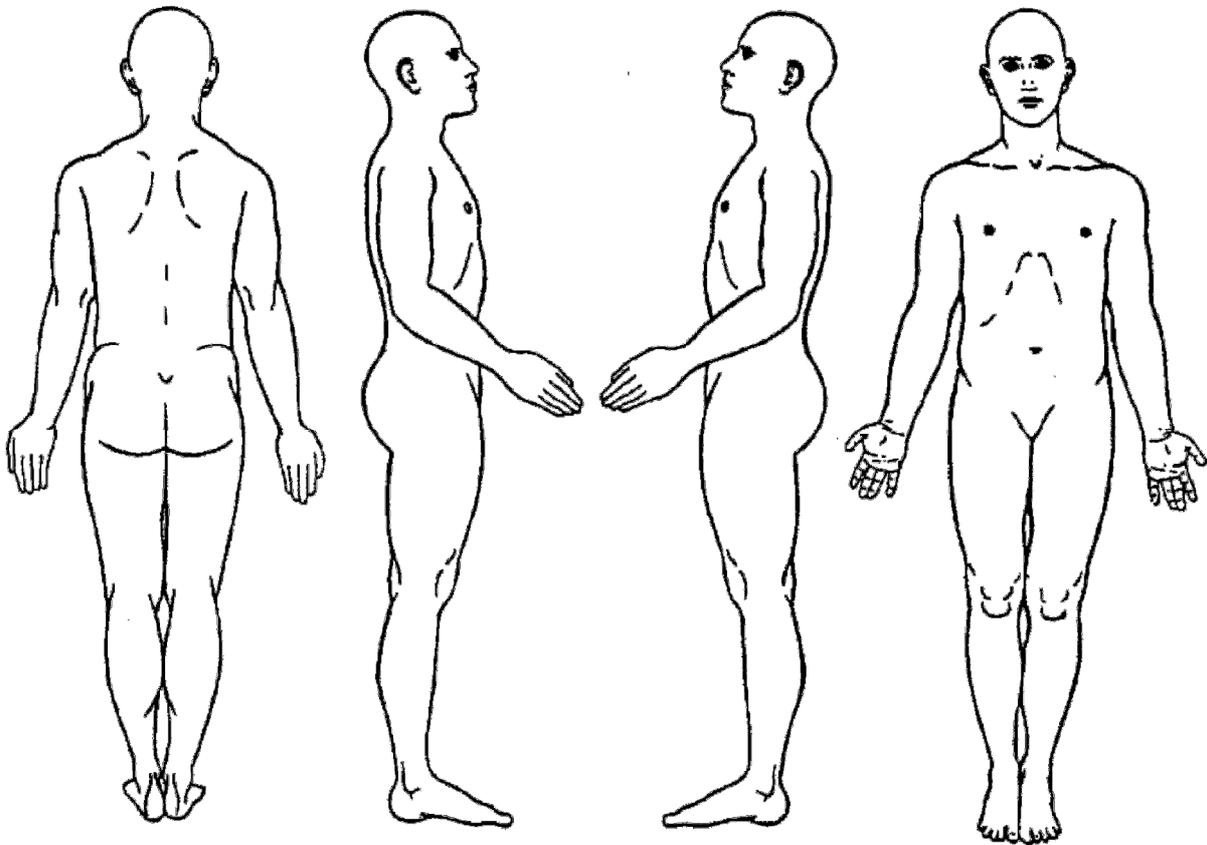
Date: ____ . ____ . 20__

Nom: _____ Date de naissance: _____

Sexe: m f Nationalité: _____

Poids: _____ kg Taille: _____ cm

Veillez indiquer sur ces dessins les zones qui vous font mal:



Depuis quand avez-vous ces douleurs?

Depuis ____ / ____ (mois / année)

Dans quelle partie du corps les douleurs sont-elles **les plus fortes**? Cochez une seule case, S.V.P.

- | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tête | <input type="checkbox"/> Coude | <input type="checkbox"/> Ventre | <input type="checkbox"/> Postérieur | <input type="checkbox"/> Cheville |
| <input type="checkbox"/> Visage | <input type="checkbox"/> Avant-bras | <input type="checkbox"/> Colonne thoracique | <input type="checkbox"/> Aine | <input type="checkbox"/> Pied |
| <input type="checkbox"/> Nuque | <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> Colonne lombaire | <input type="checkbox"/> Cuisse | <input type="checkbox"/> Non applicable |
| <input type="checkbox"/> Epaule | <input type="checkbox"/> Main | <input type="checkbox"/> Flanc | <input type="checkbox"/> Genou | |
| <input type="checkbox"/> Bras | <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> Bas de la jambe | |

De quel côté (douleurs les plus fortes)? Gauche Droit Deux côtés Milieu Non applicable

Entourez le chiffre qui indique le mieux les douleurs que vous ressentez en ce moment même :										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune douleur										Douleurs les plus fortes imaginables

Entourez le chiffre qui décrit le mieux vos douleurs, en moyenne , ces 24 dernières heures:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune douleur										Douleurs les plus fortes imaginables

Entourez le chiffre qui décrit le mieux vos douleurs les plus fortes ces 24 dernières heures:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune douleur										Douleurs les plus fortes imaginables

Entourez le chiffre qui décrit le mieux vos douleurs les moins fortes ces 24 dernières heures:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune douleur										Douleurs les plus fortes imaginables

Entourez le chiffre qui décrit le mieux combien les douleurs perturbent votre sommeil :										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucunement										Complètement

Consultez-vous le médecin au moins une fois par mois pour vos douleurs? Oui Non

Avez-vous été opéré-e en raison des douleurs? Oui Non

Travaillez-vous à l'heure actuelle?

- Non**: je suis sans emploi en incapacité de travail femme/homme au foyer à la retraite

Si sans emploi: quel était auparavant votre taux d'occupation? _____%

Si femme/homme au foyer: avez-vous dû réduire vos activités domestiques en raison des douleurs? Oui Non

→Si oui: de combien étaient-elles avant cette réduction? _____%

Oui: quel est votre taux d'occupation? _____%

Avez-vous dû réduire votre taux d'occupation en raison des douleurs?

Oui Non

→Si oui: de combien était-il avant cette réduction? _____%

Avez-vous également des activités domestiques?

Oui Non

→Si oui: avez-vous dû réduire vos activités domestiques en raison des douleurs?

Oui Non

→Si oui: dans quelle mesure? Peu Beaucoup Enormément

Une procédure d'AI est-elle en cours en raison de vos douleurs?

Oui Non

Touchez-vous une rente en raison de vos douleurs?

Oui Non

Entourez le chiffre qui correspond, sur l'échelle de 0 à 6.

Si vous ne travaillez pas en ce moment, passez directement à la troisième question.

Dans quelle mesure les douleurs affectent-elles votre capacité de travail?						
0	1	2	3	4	5	6
Aucunement						Extrêmement

Dans quelle mesure les douleurs affectent-elles votre plaisir de travailler et votre satisfaction professionnelle?						
0	1	2	3	4	5	6
Aucunement						Extrêmement

Dans quelle mesure les douleurs affectent-elles votre capacité à accomplir les travaux domestiques?						
0	1	2	3	4	5	6
Aucunement						Extrêmement

Dans quelle mesure les douleurs vous handicapent-elles, en moyenne, dans vos activités quotidiennes?						
0	1	2	3	4	5	6
Aucunement						Extrêmement

Dans quelle mesure les douleurs affectent-elles le plaisir et la satisfaction que vous puisez dans vos liens sociaux et vos loisirs?						
0	1	2	3	4	5	6
Aucunement						Extrêmement

Dans quelle mesure les douleurs impactent-elles votre capacité à prendre part à des activités récréatives ou sociales?						
0	1	2	3	4	5	6
Aucunement						Extrêmement

Dans quelle mesure les douleurs ont-elle impacté la satisfaction que vous éprouvez lors d'activités en famille?						
0	1	2	3	4	5	6
Aucunement						Extrêmement

Dans quelle mesure les douleurs affectent-elles vos relations avec votre compagne/compagnon, votre famille ou votre personne de référence?						
0	1	2	3	4	5	6
Aucunement						Extrêmement

Dans quelle mesure les douleurs affectent-elles vos relations avec vos amis et vos connaissances?						
0	1	2	3	4	5	6
Aucunement						Extrêmement

Cette page comporte sept groupes de déclarations. Lisez attentivement toutes les déclarations puis choisissez dans chaque groupe **la proposition** qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti-e **au cours des deux dernières semaines, aujourd'hui compris**. Cochez le chiffre à côté de la proposition que vous avez choisie (0, 1, 2 ou 3). Si plusieurs déclarations d'un même groupe vous correspondent, cochez celle qui présente le chiffre le plus élevé.

1. 0 Je ne suis pas triste.
1 Je suis souvent triste.
2 Je suis triste en permanence.
3 Je suis triste ou malheureux/se à n'en plus pouvoir.

2. 0 Je ne vois pas l'avenir avec pessimisme.
1 Je vois l'avenir avec plus de pessimisme que d'habitude.
2 Je suis découragé-e et ne m'attends pas à ce que ma situation s'améliore.
3 Je crois que mon avenir est sans espoir et sera encore pire.

3. 0 Je ne me considère pas comme un-e raté-e.
1 J'ai souvent un sentiment d'échec.
2 Lorsque je jette un regard sur le passé, je vois quantité d'échecs.
3 J'ai le sentiment d'être un-e parfait-e raté-e en tant qu'homme / que femme.

4. 0 Je peux apprécier autant qu'avant.
1 Je ne peux plus apprécier comme avant.
2 Je ne peux presque plus apprécier les choses qui me procuraient de la joie avant.
3 Je ne peux plus du tout apprécier les choses qui me procuraient de la joie avant.

5. 0 J'ai toujours la même estime de moi-même.
1 J'ai perdu confiance en moi.
2 Je me déçois moi-même.
3 Je me déteste.

6. 0 Je ne me critique ni me fais plus de reproches que d'habitude.
1 Je suis plus critique envers moi-même que d'habitude.
2 Je me critique pour tous mes défauts.
3 Je m'attribue la faute de tout ce qui arrive.

7. 0 Je ne pense pas à attenter à mes jours.
1 Je pense parfois à me suicider mais je ne le ferais pas.
2 J'aimerais me suicider.
3 Je me suiciderais si j'en avais l'occasion.

Cochez la case qui convient pour chacune des affirmations suivantes concernant votre ressenti lorsque vous avez des douleurs:

	jamais	presque jamais	rarement	parfois	souvent	très souvent	toujours
C'est terrible; j'ai l'impression que cela ne s'arrangera jamais.	<input type="checkbox"/>						
C'est affreux; je pense que les douleurs me terrassent.	<input type="checkbox"/>						
J'ai le sentiment que ma vie ne vaut plus la peine d'être vécue.	<input type="checkbox"/>						
Je ne cesse de me demander si cela s'arrêtera un jour.	<input type="checkbox"/>						
J'ai le sentiment de ne plus pouvoir le supporter.	<input type="checkbox"/>						
J'ai le sentiment de ne plus pouvoir continuer.	<input type="checkbox"/>						

Quelle est, selon vous, la cause de vos douleurs?

.....

.....

Qu'attendez-vous du traitement dans notre centre?

.....

.....

Indiquez comment vos douleurs ont été traitées jusqu'à présent en cochant la proposition qui convient.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun traitement jusqu'ici | <input type="checkbox"/> Acupuncture |
| <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Chiropraxie |
| <input type="checkbox"/> Perfusions | <input type="checkbox"/> Psychothérapie |
| <input type="checkbox"/> Injections dans la zone douloureuse, blocs nerveux | <input type="checkbox"/> Physiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Injections au niveau de la moelle épinière (p. ex. épidurales) | <input type="checkbox"/> Technique de relaxation |
| <input type="checkbox"/> Neurostimulation de la moelle épinière (SCS) ou administration intrathécale par pompe | <input type="checkbox"/> Cure/Rééducation |
| <input type="checkbox"/> Massages, bains, cryothérapie/thermothérapie | <input type="checkbox"/> Sevrage médicamenteux |
| <input type="checkbox"/> Neurostimulation électrique transcutanée (TENS) | <input type="checkbox"/> Autre: |
| | |
| | |

Voici la liste des médicaments contre la douleur les plus courants.

Soulignez TOUS les médicaments que vous avez déjà pris, même si ce n'est que pendant une courte durée et même s'ils n'ont pas eu d'effet.

Entourez les médicaments que vous prenez **ACTUELLEMENT** et indiquez le dosage à côté ou apportez leur emballage lors de votre consultation.

Alcacyl	Diantalvic	Moblcox	Tegréto1
Aleve	Distalgesic	Morphine/MST	Temgesic
Algifor	Diclofénaç	Mydocalm	Tilcoltil
Alka-Seltzer	Dolprone	Naprosyne	Tilur
Anafranil	Durogesic	Neurodol Tissugel	Tofranil
Arcoxia	Ecofénaç	Neurontin	Tonopan
Arpanax	Edronax	Nisulid	Tolvon
Arthrotec	Efexor	Nortrilen	Tora-dol
Aspégic	Felden	Novalgin	Tramal
Aspirine	Flector	Nurofen	Tramadol
Aulin	Flector patch	Olfen	Tanstec
Aurorix	Floxyfral	Opidol	Treupel
Bextra	Fluox-Basan	Oxycontin	Treuphadol
Brufen	Fluctine/Fluoxetine	Palexia	Trileptal
Buscopan	Fortalgesic	Panadol	Triptyzol
Cafergot	Imigran	Péthidine	Tylenol
Capsalcine	Indocid	Pertofran	Unisal
Celebrex	Iprofène	Ponstan	Valium
Cipralex	Kafa	Prednisone	Valoron
Co-Dafalgan	Kapanol	Remeron	Vilan
Condicontin	Kétalgine	Rivotril	Vioxx
Codéine	Kettesse	Saroten	Voltarène
Codol	Liorésal	Seropram	Zaldiar
Cortisone	Lyrice	Sevredol	Zolben
Cymbalta	Méfénacide	Sevre-Long	Zoloft
Dafalgan	Méthadone	Sinquane	Zomig
Deanxit	Miacalcid	Sirdalud	Autres:
Deroxat	Migril	Surmontil
		

Médicaments mal tolérés:.....