

Auto-questionnaire d'un adulte présentant une douleur chronique

À remplir par le patient. Le cas échéant avec un aidant selon le handicap.

Date de remplissage :

NOM/prénom :

Personne aidant au remplissage, le cas échéant (nom/prénom, lien avec le patient) :

Coordonnées (lieu de vie, adresse, tél., email) :

Date de naissance : Situation professionnelle :

Situation de handicap : oui non

Si oui, préciser votre situation administrative :

.....

PROFESSIONNELS PARTICIPANT À LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

- Médecin traitant
- Infirmier (y compris de l'Éducation nationale)
- Masseur-kinésithérapeute
- Pharmacien
- Psychologue
- Autres médecins
- Autres professionnels ou structures (y compris les acteurs non conventionnels, les non-professionnels de santé, les associations et groupes)

DESCRIPTION DE VOTRE DOULEUR CES DERNIERS JOURS ET SON RETENTISSEMENT

QUESTIONNAIRE CONCIS DE LA DOULEUR (QCD)

1. Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents). Au cours des huit derniers jours, avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

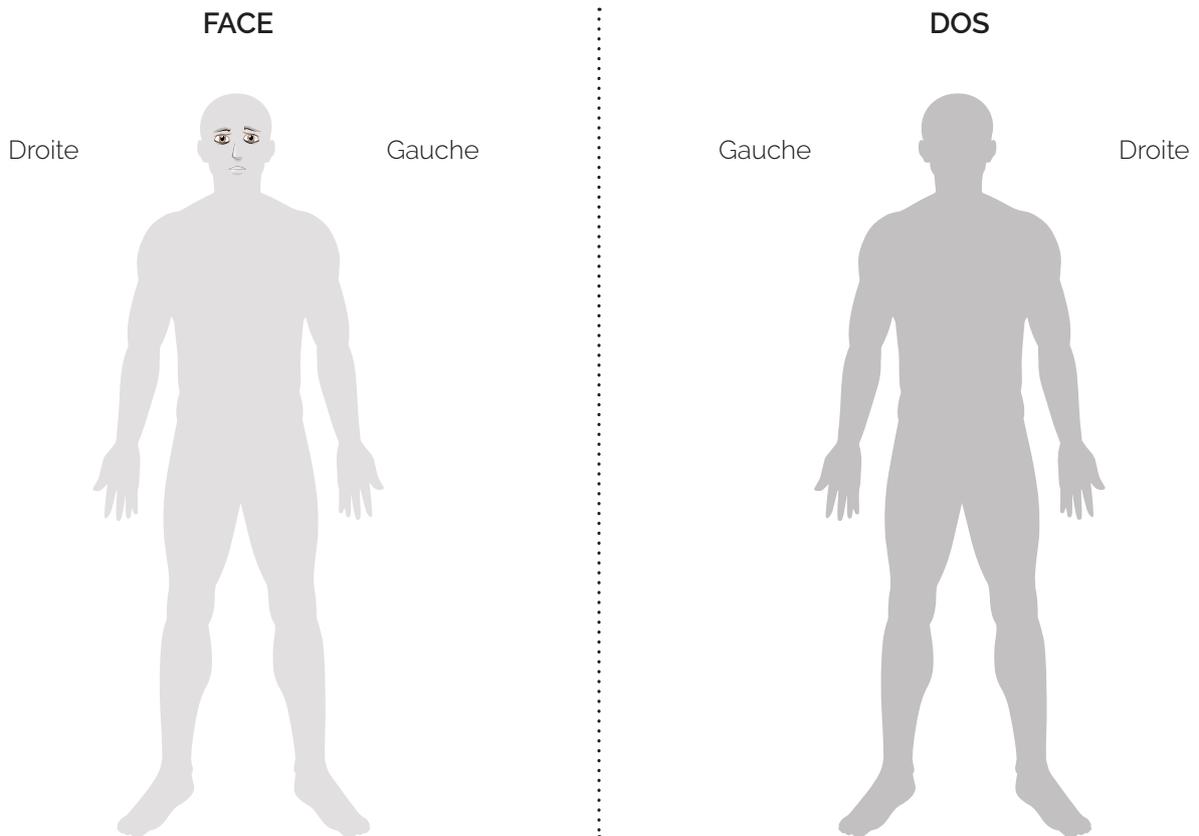
OUI

NON

Si vous avez répondu « non » à la dernière question, il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes.

Merci de votre participation.

2. Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



3. Cocher le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **intense** que vous avez ressentie la semaine dernière.

Pas de douleur						Douleur maximale imaginable				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Cocher le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **faible** que vous avez ressentie la semaine dernière.

Pas de douleur						Douleur maximale imaginable				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Cocher le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**.

Pas de douleur						Douleur maximale imaginable				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Cocher le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment**.

Pas de douleur						Douleur maximale imaginable				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

8. La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

Aucune amélioration											Amélioration complète
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	

9. Cocher le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Activité générale

Ne gêne pas											Gêne complètement
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Humeur

Ne gêne pas											Gêne complètement
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Capacité à marcher

Ne gêne pas											Gêne complètement
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas										Gêne complètement
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Relations avec les autres

Ne gêne pas										Gêne complètement
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sommeil

Ne gêne pas										Gêne complètement
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Goût de vivre

Ne gêne pas										Gêne complètement
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

* Le questionnaire concis de la douleur (QCD) est la version française du *Brief Pain Inventory* (BPI).

Source : Cleeland CS, University of Texas MD Anderson Center. Questionnaire concis sur les douleurs (format réduit). Houston: University of Texas MD Anderson Center; 1991.

www.mdanderson.org/content/dam/mdanderson/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI-SF_French_24hrs_SAMPLE.pdf

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SÉDENTARITÉ

Combien d'heures par jour passez-vous à des activités sédentaires (assis ou allongé à regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo, lire ou étudier, etc.) ?

QUESTIONNAIRE MARSHALL

Cet auto-questionnaire* en deux questions permet de repérer rapidement (30 secondes) les patients inactifs.

Consignes : vous choisissez une seule réponse et répondez à toutes les questions.

Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haleter ?

Par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide, etc.

- Plus de 3 fois par semaine (score : 4)
- 1 à 2 fois par semaine (score : 2)
- Jamais (score : 0)

Combien de fois par semaine faites-vous 30 minutes d'activité physique modérée, ou de la marche, qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vous fait respirer plus fort que normalement ?

Par exemple : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou jouer du tennis en double, etc.

- Plus de 5 fois par semaine (score : 4)
- 3 à 4 fois par semaine (score : 2)
- 1 à 2 fois par semaine (score : 1)
- Jamais (score : 0)

Score du patient =

RÉSULTATS

Score égal ou supérieur à 4 ★★★★★★ → « suffisamment » actif

Score de 0 à 3 ★★★★★★ → « insuffisamment » actif

* Source : Marshall AL, Smith BJ, Bauman AE, Kaur S. Reliability and validity of a brief physical activity assessment for use by family doctors. Br J Sports Med 2005;39(5):294-7; discussion -7.

** Pour interpréter les résultats et aller plus loin, consulter la page 87 du livre « Les fondamentaux du Sport Santé : 80 outils pour mieux évaluer et accompagner vos pratiquants » (FFEPGV) - Éditions Amphora 2014.

LES TRAITEMENTS DE VOTRE DOULEUR

→ Apportez votre dernière ordonnance

→ Indiquez les traitements médicamenteux actuels pour votre douleur

Médicament avec son dosage	Date de début	Posologie (quantité par jour)	Efficacité			Effets secondaires	
			Oui	Non	Partielle	Oui	Non

Quel soulagement global vous apporte votre traitement actuel (0 à 100 %) ?

(0 = ne vous soulage pas du tout ; 100 = vous soulage complètement)

Commentaires éventuels :

Avez-vous augmenté de vous-même la prise des médicaments pour soulager votre douleur depuis l'apparition de celle-ci ?

oui non

Si oui, lesquels ?

→ Date de début de la douleur :

→ Indiquez, si possible, tous les médicaments déjà pris pour votre douleur

Médicament avec son dosage	Durée	Posologie (quantité par jour)	Efficacité			Effets secondaires	
			Oui	Non	Partielle	Oui	Non

Commentaires (en particulier efficacité et causes de l'arrêt) :

→ Indiquez les différentes interventions non médicamenteuses et les autres traitements dont vous avez bénéficié pour la douleur depuis son début jusqu'à ce jour

Interventions non médicamenteuses et autres traitements	Soulagement de la douleur			Date et durée
	Oui	Non	Partielle	
Rééducation/réadaptation en service hospitalier (lieu) : en ville avec un kinésithérapeute				
Programme d'activité physique adaptée en groupe <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> Quel professionnel :				
Programme d'éducation thérapeutique en groupe <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> Quel professionnel :				
Psychothérapie Quel type : psychiatre <input type="checkbox"/> psychologue <input type="checkbox"/>				
Relaxation Sophrologie Hypnose Méditation Quel professionnel :				
Acupuncture Ostéopathie Autres techniques manuelles Quel professionnel :				
Stimulations électriques (TENS)				
Appareillages (semelles, attelles, etc.) Quel type :				
Cures thermales				
Autres interventions non médicamenteuses Quel type : Quel professionnel :				
Autres traitements (infiltration, chirurgie, etc.) Quel type : Quel professionnel :				

Quels sont les autres moyens non médicamenteux qui soulagent la douleur, en plus des divers traitements (par exemple : 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 ?

Utilisez-vous, pour vous renseigner ou échanger sur votre douleur, des réseaux sociaux/internet ou des applications ?

oui non

Si oui, lesquels ?

Faites-vous partie d'une association d'usagers ?

oui non

Si oui, laquelle ?

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Avez-vous des difficultés sociales, familiales, professionnelles (ou scolaires) dont vous souhaiteriez nous faire part ?

oui

non

Si oui, lesquelles ?

Quelle est, à votre avis, l'origine (la cause) de votre douleur ?

Quelle est selon votre (ou vos) médecin(s) ou vos soignants, l'origine (la cause) de votre (ou vos) douleur(s) actuellement ?

Qu'attendez-vous de la prise en charge de votre (ou de vos) douleur(s) actuellement ?

Envisagez-vous un changement dans votre vie personnelle ou professionnelle ?