



FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION

STRUCTURE D'EVALUATION ET DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

14 Avenue Yves Thépot -BP 1757- 29107 QUIMPER CEDEX

TEL : 02 98 52 60 74 FAX : 02 98 52 62 53

Email : sm.douleur@ch-cornouaille.fr

Nom :	Prénom :
Date de Naissance :	
Nom et signature du Médecin adresseur :	

Vous demandez une consultation à la structure d'évaluation et de prise en charge de la douleur. Nous vous demandons de nous adresser un dossier complet avec :

- Un formulaire composé de deux parties. Ce formulaire nous aidera à mieux préciser la douleur que vous ressentez et la place qu'elle prend dans votre vie.
- La première partie concerne des renseignements administratifs et médicaux, à remplir avec votre médecin.
- La deuxième partie est une auto-évaluation de votre douleur et de son retentissement global dans votre vie.
- Joindre les différents examens complémentaires et avis spécialisés en rapport avec le diagnostic.

Vous pourrez adresser l'ensemble des documents au secrétariat de la structure. A la réception du dossier, la demande de consultation sera évaluée par l'équipe médicale et un rendez-vous vous sera communiqué. Le délai d'attente moyen est d'environ 18 mois.

La prise en charge dans notre service justifie un engagement de votre part à honorer les rendez-vous et prévenir en cas d'impossibilité.

PARTIE 1 (A REMPLIR AVEC LE MEDECIN TRAITANT) *pages 1 à 12*

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX

Date de rédaction de la demande :

PATIENT

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Courriel :

MEDECIN ADRESSEUR

Nom et prénom :

Spécialité :

Adresse :

.....

Téléphone :

Courriel :

Médecin traitant (coordonnées, si différentes du médecin adresseur) :

.....

.....

Date d'apparition initiale de la douleur motivant la demande

Diagnostic étiologique de la douleur motivant la demande

Connu :

Inconnu : (hypothèse)

Commentaires libres :

Motif de prise en charge, attente de cette consultation

Situation déjà évaluée par un (des) spécialiste(s) de la douleur

O Oui (copie du (des) courrier(s))

O Non

Douleur déjà évaluée par un service hospitalier de spécialité

O Oui (copie du (des) compte-rendu(s))

O Non

Aggravation récente du syndrome douloureux (selon le médecin demandeur)

O oui (date à préciser)

O Non

Autres pathologies (dont psychiatriques, avec si possible date de début)

Risque de situation addictive

O Oui (préciser la(es)quelle(s)) :

O Non

Questionnaire POMI

Demandez au patient de répondre le plus spontanément possible à ces 6 questions sur vos médicaments antalgiques.

ANTALGIQU(S) OPIOÏDE(S) CONCERNE(S) PAR CES QUESTIONS : Codéine, tramadol, poudre d'opium, morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone		
	Oui	Non
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur en QUANTITE PLUS IMPORTANTE, c'est-à-dire une quantité plus élevée que celle qui vous a été prescrite ?	☐	☐
Avez-vous déjà pris ce/ces médicaments anti-douleur PLUS SOUVENT SUE PRESCRIT(S) sur votre ordonnance, c'est-à-dire réduit le délai entre deux prises ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu besoin de faire RENOUVELER VOTRE ORDONNANCE de ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS TÔT QUE PREVU ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu la SENSATION DE PLANER OU RESSENTI UN EFFET STIMULANT après avoir pris ce/ces médicament(s) anti-douleur ?	☐	☐
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur parce que vous étiez contrarié(e), c'est-à-dire pour SOULAGER OU SUPPORTER DES PROBLEMES AUTRES QUE LA DOULEUR ?	☐	☐
Avez-vous déjà CONSULTE PLUSIEURS MEDECINS, y compris aux urgences pour obtenir plus de ce/ces médicament(s) anti-douleur ?	☐	☐
Score :		

ALLERGIES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTS MEDICAUX

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EXAMENS COMPLEMENTAIRES (joindre les comptes rendus)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AVIS SPECIALISES (en rapport avec le diagnostic)

Joindre les comptes rendus.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS SITUATION SOCIO – PROFESSIONNELLE

Bénéficiez-vous d'une ALD ?

☐ NON

☐ OUI

☐ ALD 30

☐ ALD Hors Liste

☐ ALD Non

Si oui, pour quelle(s) pathologie(s) :

Exonérante

Situation de Famille :

☐ Célibataire

☐ Vie en couple

☐ Veuf, veuve

Nombre d'enfants	Dates de naissance des enfants :			

Votre profession :

Loisirs :

Situation socio-professionnelle :

☐ En activité

☐ Au chômage

☐ Au RSA

☐ Retraité

C) Autre ,*****

☐ En arrêt de travail :

☐ Maladie ordinaire, depuis quelle date ? ,*****

☐ Accident du travail ou de maladie professionnelle, depuis quelle date ? .

☐ Longue maladie, ou maladie longue durée, depuis quelle date ?

☐ En invalidité : Avec pension d'invalidité I de la Sécurité Sociale ☐

Avec pension d'invalidité II de la Sécurité sociale ☐

☐ Allocation Adulte Handicapé (AAH)

☐ Reconnaissance RQTH / Poste de travail aménagé :

☐ Litige en cours :

☐ Expertise en cours :

MEDICAUX ET ADMINISTRATIFS

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX (nom et dose des médicaments)

Antérieurs	Actuels
1-	1-
2-	2-
3-	3-
4-	4-
5-	5-
6-	6-
7-	7-
8-	8-

INFILTRATIONS :

Site, date, durée, efficacité :

.....

AUTRES PRISES EN CHARGE,
SUIVI EN COURS :

- ☐ Assistante sociale :
- ☐ Kinésithérapie :
- ☐ Psychologue :

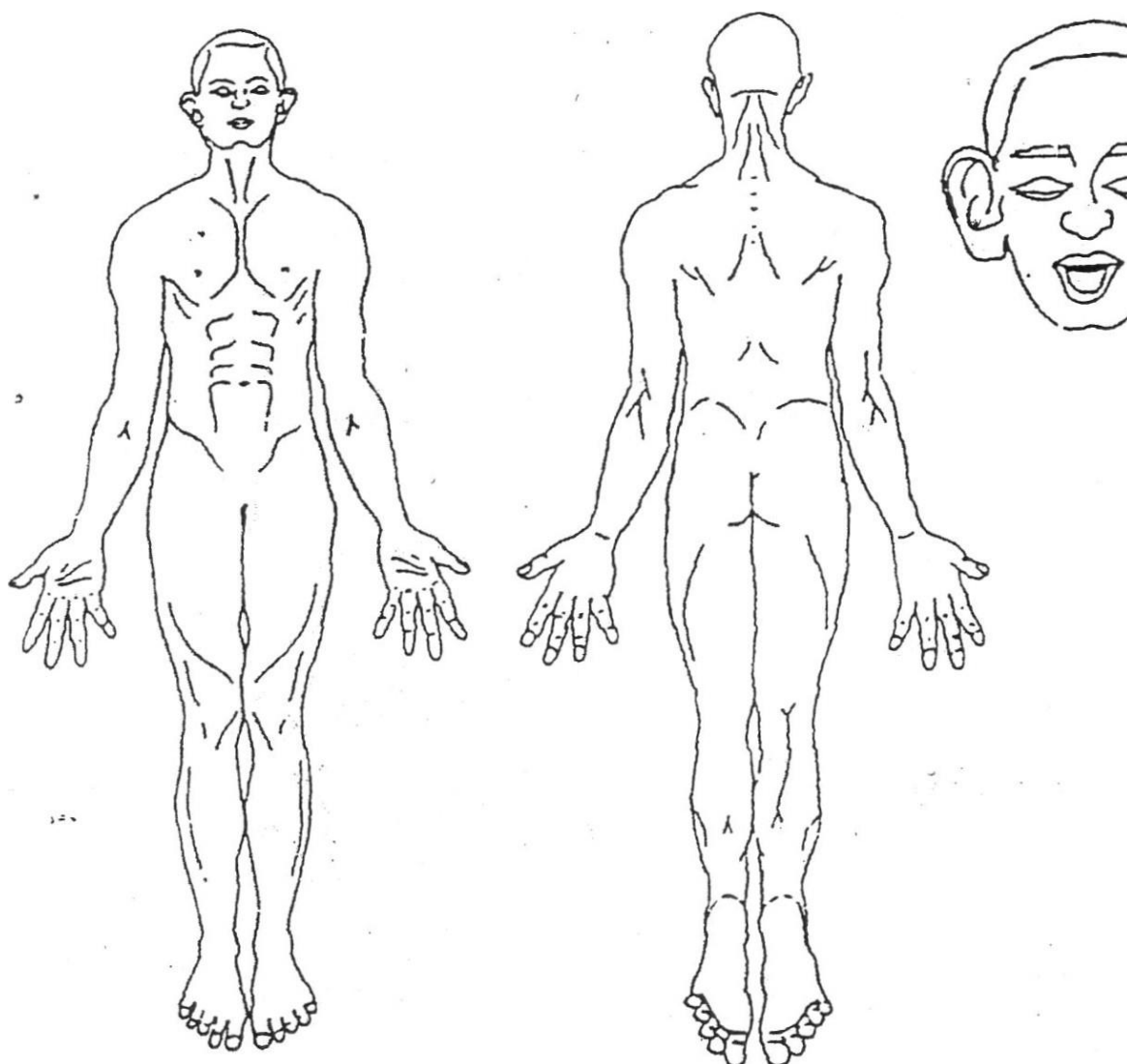
- ☐ TENS
- ☐ Acupuncture
- ☐ Hypnose
- ☐ Sophrologie
- ☐ Relaxation
- ☐ Méditation
- ☐ Thérapies manuelles

- ☐ Autres

PARTIE 2 (A REMPLIR PAR LE PATIENT) *pages 12 à 18.*

SCHEMA DES ZONES DOULOUREUSES

Indiquez sur le schéma ci-dessus où se trouve votre douleur habituelle
en hachurant la zone.



ECHELLE 2 : ECHELLE NUMERIQUE

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

Douleur au moment présent :

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

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

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

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

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

ECHELLE 3 : ECHELLE VERBALE SIMPLE

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur au moment présent	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours	absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense

QUESTIONNAIRE SAINT ANTOINE

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez d'habitude. Dans chaque groupe de mots, choisissez le plus exact.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| A | ☐ Battements
☐ Pulsations
☐ Élançements
☐ En éclairs
☐ Décharges électriques
☐ Coups de marteau | H | ☐ Picotements
☐ Fourmillements
☐ Démangeaisons
☐ Engourdissement
☐ Lourdeur
☐ Sourde |
| B | ☐ Rayonnante
☐ Irradiation | J | ☐ Fatigante
☐ Épuisante
☐ Éreintante |
| C | ☐ Piquûre
☐ Coupure
☐ Pénétrante
☐ Transperçante
☐ Coup de poignard | K | ☐ Nauséuse
☐ Suffocante
☐ Syncopale |
| D | ☐ Pincement
☐ Serrement
☐ Compression
☐ Écrasement
☐ En étau
☐ Broiement | | ☐ Oppressante
☐ Angoissante |
| E | ☐ Tiraillement
☐ Étirement
☐ Distension
☐ Déchirure
☐ Torsion
☐ Arrachement | M | ☐ Harcelante
☐ Obsédante
☐ Cruelle
☐ Torturante
☐ Supplicante |
| F | ☐ Chaleur
☐ Brûlure | N | ☐ Gênante
☐ Désagréable
☐ Pénible
☐ Insupportable |
| G | ☐ Froid
☐ Glace | O | ☐ Énervante
☐ Exaspérante
☐ Horripilante |
| | | P | ☐ Déprimante
☐ Suicidaire |

ECHELLE DU RETENTISSEMENT EMOTIONNEL (ECHELLE HAD)

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvés au cours de la dernière semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci :

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur :

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Additionnez les réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13

TOTAL A : 0

Additionnez les réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14

TOTAL D : 0

Score total :

A + D = 0

RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR SUR MA VIE QUOTIDIENNE

15 questions	Score = 1	Score = 2	Score = 3	Score = 4
En temps de marche, les distances que Je peux faire ont diminué.	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
Quand je marche, on peut voir que j'ai mal.	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
Dans la journée, je reste allongé la plupart du temps.	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
Mes activités professionnelles ont diminué.	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
Je fais comme d'habitude le travail quotidien à la maison.	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
Mon temps de loisir a diminué (lecture - radio - télévision .	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
Mes relations avec mes amis ont diminué.	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
Je parle de ma douleur avec ma famille, mes amis.	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
Je porte souvent la main pour frotter, tenir, protéger ou masser la région de ma douleur.	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
Les gens qui m'entourent se rendent compte quand j'ai mal.	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
Il m'arrive de prendre un médicament, même si je le sais très peu efficace.	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
Je dors bien.	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
Je me sens fatigué.	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
J'ai bon appétit.	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
Mon intérêt pour les choses sexuelles a diminué	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup

QUELQUES QUESTIONS :

Que pensez-vous de l'origine de votre douleur ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Qui vous a conseillé la structure douleur ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pourquoi maintenant ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Qu'attendez-vous de cet accompagnement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Qu'est ce qui a été le plus efficace jusqu'à ce jour ?

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

Que pourrait dire votre entourage de votre situation ? Pensez-vous que cela ferait une différence de les rencontrer ?

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

Qu'est-ce qui vous fera dire que vous n'avez plus besoin de venir à la consultation douleur ? A quoi verrez-vous (ou vos proches) que cela a été utile ?

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

Quels pourraient être vos projets ? Vos objectifs ?

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