

# 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 ?