



DEMANDE DE PREMIERE CONSULTATION

Ce formulaire concerne uniquement les demandes de première fois. Pour toute demande de consultation de suivi, merci de contacter le secrétariat au 02 43 09 33 75.

Concernant le patient :

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom : Genre :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Situation familiale : Nombre d'enfants et âge :

Médecin traitant (avec coordonnées) :

.....

Médecin adresseur (avec coordonnées) :

.....

Motif de la demande :

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



Votre pathologie douloureuse est-elle en lien avec :

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ Une maladie | Si oui, date du diagnostic : |
| ☐ Un accident | Si oui, date : |
| ☐ Un accident du travail | Si oui, date : |

Avez-vous d'autres pathologies / antécédents médicaux / Allergies (et traitements) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Etes-vous en ALD pour votre pathologie douloureuse ? *OUI/NON*

Etes-vous en ALD pour une autre pathologie ? *OUI/NON*

Quelle est votre profession actuelle ?

Etes-vous en arrêt de travail pour votre pathologie douloureuse ? *OUI/NON* Si oui, date de début :

Pensez-vous reprendre votre travail au même poste ? *OUI/NON*

Ressentez-vous une satisfaction au travail ? *OUI/NON*

Envisagez-vous un reclassement professionnel ? *OUI/NON*

Etes-vous en invalidité ? *OUI/NON* Si oui : *Catégorie 1 / Catégorie 2*

Pour votre douleur,

Combien de professionnels de santé avez-vous consultés ? (avec nom, coordonnées, spécialité) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou opéré ? (Date, traitement effectué) :

.....

.....

.....

.....

Quelles sont les circonstances d'apparition de votre douleur :

.....

.....

.....

.....

.....

Les traitements médicamenteux : (Nom du médicament, dosage, effets positifs et négatifs)

Antérieurs	Actuels
1)	1)
2)	2)
3)	3)
4)	4)
5)	5)
6)	6)
7)	7)

Avez-vous bénéficié de traitements non médicamenteux ? *Si oui, lesquels ?*

.....

.....

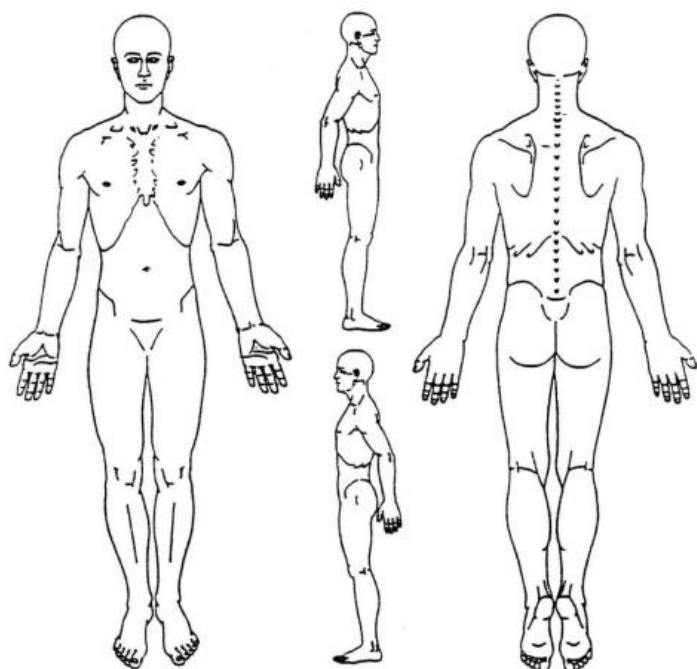
.....

.....

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



Schéma des zones douloureuses :



Indiquez sur le schéma la localisation de votre douleur habituelle, en hachurant la zone. Indiquez également un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps, un « P » pour une douleur plus profonde, et un « I » pour la localisation la plus intense.

La douleur est-elle *PERMANENTE/INTERMITTENTE* ?
Si intermittente, à quels moments :

.....

.....

Est-elle présente tous les jours ? *OUI/NON* *Si non, combien de jours par semaine :*

Vous réveille-t-elle la nuit ? *OUI/NON* *Si oui, combien de nuits par semaine :*

Qualificatifs de la douleur :

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire la douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez actuellement (depuis les quinze derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0	1	2	3	4
	Absent / Non	Faible/ Un peu	Modéré / Moyennement	Fort / Beaucoup	fort / Extrêmement
Elancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillements					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Echelles numériques :

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleurs :

Douleur au moment présent :

PAS DE DOULEUR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DOULEUR MAXIMALE IMAGINABLE

Douleur habituelle dans les 8 derniers jours :

PAS DE DOULEUR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DOULEUR MAXIMALE IMAGINABLE

Douleur la plus intense dans les 8 derniers jours :

PAS DE DOULEUR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DOULEUR MAXIMALE IMAGINABLE

Echelle Qualité de vie

Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

A) Activité générale :

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

B) Humeur :

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

C) Capacité à marcher :

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

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

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

E) Relation avec les autres :

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

F) Sommeil :

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

G) Goût de vivre :

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

Echelle du retentissement émotionnel :

Lisez attentivement chaque série de questions et souligner la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine écoulée.

Je me sens énervé(e) ou tendu(e)		
- La plupart du temps - Souvent - De temps en temps - Jamais	3 2 1 0	
Je prends plaisir aux mêmes choses qu'auparavant		
- Oui, presque autant - Pas autant - Un peu seulement - Presque plus		0 1 2 3
J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :		
- Oui, très nettement - Oui, mais ce n'est pas grave - Un peu mais cela ne m'inquiète pas - Pas du tout	3 2 1 0	
Je ris facilement et voit le bon côté des choses :		
- Autant que par le passé - Plus autant qu'avant - Vraiment moins qu'avant - Plus du tout		0 1 2 3

Je me fais du souci	3 2 1 0	
• Très souvent • Assez souvent • Occasionnellement • Très occasionnellement		
Je suis de bonne humeur		3 2 1 0
• Jamais • Rarement • Assez souvent • La plupart du temps		
Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et être décontracté(e)	0 1 2 3	
• Oui, quoiqu'il arrive • Oui, en général • Rarement • Jamais		
J'ai l'impression de fonctionner au ralenti		3 2 1 0
• Presque toujours • Très souvent • Parfois • Jamais		
J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	0 1 2 3	
• Jamais • Parfois • Assez souvent • Très souvent		
Je ne m'intéresse plus à mon apparence		3 2 1 0
• Plus du tout • Je n'y accord pas autant d'attention que je le devrais • Il se peut que je n'y fasse plus autant attention • J'y prête autant d'attention que par le passé		
J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	3 2 1 0	
• Oui, c'est tout à fait le cas • Un peu • Pas tellement • Pas du tout		
Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses		0 1 2 3
• Autant qu'avant • Un peu moins qu'avant • Bien moins qu'avant • Presque jamais		
J'éprouve des sensations soudaines de paniques	3 2 1 0	
• Vraiment très souvent • Assez souvent • Pas très souvent • Jamais		
Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou télévision		0 1 2 3
• Souvent • Parfois • Rarement • Très rarement		
Veuillez vérifier que vous avez répondu à toutes les questions		
	A	D