

DEMANDE DE CONSULTATION AU CENTRE D'EVALUATION ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR (C.E.T.D.)

Vivre avec une douleur persistante peut avoir un impact important sur la vie quotidienne. Ce questionnaire vise à mieux comprendre votre situation. Les informations partagées seront examinées avec soin dans le cadre de l'évaluation de votre demande.

La prise en charge de douleur chronique repose le plus souvent sur une approche pluridisciplinaire. De nombreux professionnels de santé peuvent y contribuer, en ville comme à l'hôpital. La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini un parcours de soins dans lequel votre médecin traitant occupe un rôle central.

Les Centres d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) ont une mission spécifique dans ce parcours en lien étroit avec le médecin traitant. Ils peuvent proposer une réévaluation du parcours de soins, des traitements spécialisés ou un accompagnement adapté pour certaines situations complexes nécessitant une approche coordonnée. Ces structures sont composées d'équipes pluridisciplinaires (médecins, psychologues, infirmiers...) et accueillent les patients relevant de leur territoire de référence.

En raison de la forte demande, les CETD ne peuvent malheureusement pas recevoir tous les patients. Ce questionnaire permet d'évaluer si une prise en charge dans notre unité est indiquée ou si une autre orientation semble plus adaptée à ce stade. Nous vous demandons de le remplir avec soin. **Une partie est également à compléter par votre médecin traitant.**
Merci de nous retourner ce questionnaire par email à :

centre.douleur@chu-tours.fr

Vous recevrez une réponse dans le mois suivant la réception complète de votre dossier, vous indiquant la suite donnée à votre demande. En cas d'orientation vers notre structure, nous vous informons que les délais de consultation peuvent être longs.

Nous vous remercions de votre confiance.

L'équipe du CETD, CHRU de Tours.

Vous / Votre statut socio-professionnel

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

Prénom(s) : Date de naissance :/...../.....

Sexe : Femme / Homme

Adresse :

Téléphone :

Email :

Situation personnelle et familiale :

Célibataire
 Séparé

En concubinage
 Divorcé

Marié ou Pacsé
 Veuf(ve)

Nombre d'enfants : Années de naissance :

Profession exercée :

Cocher la case qui correspond à votre situation et compléter les informations :

En activité => Temps plein Temps partiel :% Temps partiel thérapeutique

Retraité Depuis le :

Au chômage Depuis le :

En arrêt de travail Depuis le :

En accident de travail Date : / Consolidation :

En longue maladie Depuis le :

En invalidité Depuis le : (Catégorie : 1 / 2 / 3)

Suivi par un service social

Prise en charge à 100% (ALD)
 RQTH (Reconnaissance travailleur handicapé)
 En attente d'une expertise
 En conflit avec un employeur, un tiers, un assureur, la sécurité sociale...

Votre travail est-il pénible physiquement ? Entourer d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la pénibilité physique de votre travail

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | <i>Extrêmement pénible</i> |
| <i>Pas du tout pénible</i> | | | | | | | | | | |

Votre travail est-il stressant ou pénible moralement ? Entourer d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la pénibilité morale de votre travail

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Votre Santé en général :

Poids : kg Taille : cm

Êtes-vous atteint(e) ou avez-vous présenté une ou plusieurs affections suivantes ?

Précisions :

| | | |
|---|---|--|
| Maladie cardiaque (<i>infarctus...</i>) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Maladie hépatique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Maladie respiratoire (<i>asthme...</i>) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Maladie rénale | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Maladie neurologique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Maladie intestinale | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Ulcère de l'estomac | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Diabète | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Cancer | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Préciser le type de cancer : |
| Arthrose | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Rhumatisme inflammatoire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Mal de dos et Sciaticque | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Maux de tête, Migraine | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Lésion de la moëlle épinière | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Traumatisme crânien | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Dépression | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Hospitalisation pour dépression ? |
| Angoisse | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Allergie à des médicaments | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Quels médicaments ? |
| Consommation de tabac | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Combien de cigarettes par jour ? |
| Consommation d'alcool | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Depuis combien d'années ? |
| Consommation de cannabis | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

Autres : préciser ci-dessous :

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

Si vous avez déjà été opéré(e), indiquer ci-dessous les opérations :

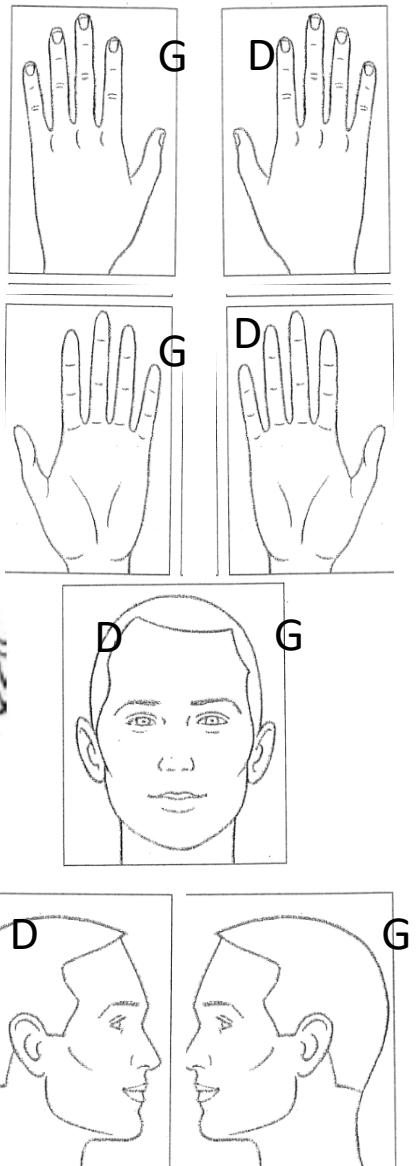
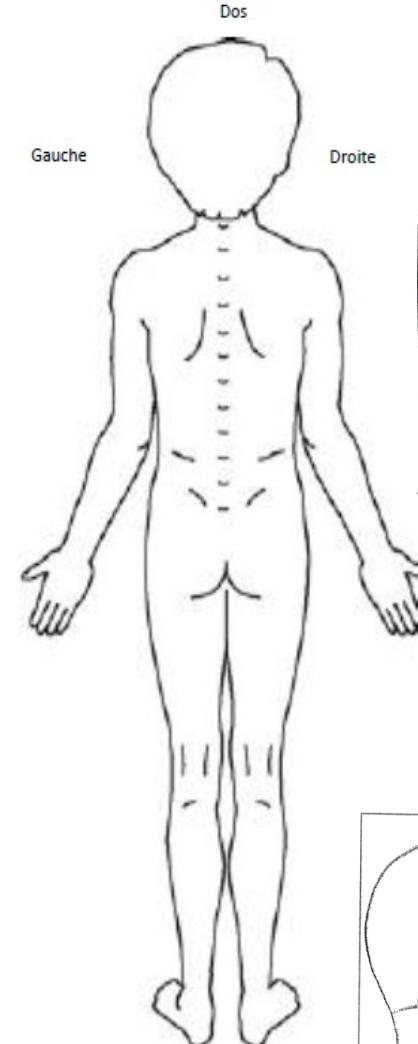
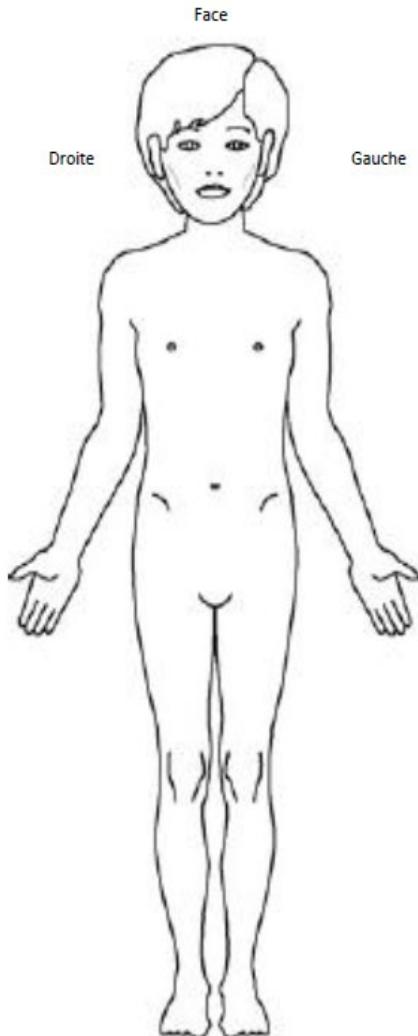
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Votre Douleur :

Quelle est pour vous la cause principale de votre douleur ?

.....
.....

Colorier sur ces schémas la ou les localisations de vos douleurs :



Entourez les horaires où les douleurs sont présentes le plus souvent

0h-----3h-----6h-----9h-----12h-----15h-----18h-----21h-----24h

Qu'est-ce qui améliore la douleur ?

.....
.....

Qu'est-ce qui agrave la douleur ?

.....
.....

Description de votre douleur (*cocher les cases qui correspondent à vos sensations*)

| | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | BATTEMENTS | <input type="checkbox"/> | CHALEUR |
| <input type="checkbox"/> | PULSATIONS | <input type="checkbox"/> | BRULURE |
| <input type="checkbox"/> | ELANCEMENTS | <input type="checkbox"/> | FROID |
| <input type="checkbox"/> | EN ECLAIRS | <input type="checkbox"/> | GLACE |
| <input type="checkbox"/> | DECHARGES ELECTRIQUES | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | COUPS DE MARTEAU | <input type="checkbox"/> | FATIGANTE |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | EPUISANTE |
| <input type="checkbox"/> | PICOTEMENTS | <input type="checkbox"/> | EREINTANTE |
| <input type="checkbox"/> | FOURMILLEMENTS | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | DEMANGEAISONS | <input type="checkbox"/> | NAUSEEUSE |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | SUFFOCANTE |
| <input type="checkbox"/> | ENGOURDISSEMENT | <input type="checkbox"/> | SYNCOPALE |
| <input type="checkbox"/> | LOURDEUR | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | SOURDE | <input type="checkbox"/> | INQUIETANTE |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | OPPRESSANTE |
| <input type="checkbox"/> | RAYONNANTE | <input type="checkbox"/> | ANGOISSANTE |
| <input type="checkbox"/> | IRRADIANTE | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | HARCELANTE |
| <input type="checkbox"/> | PIQURE | <input type="checkbox"/> | OBSEDANTE |
| <input type="checkbox"/> | COUPURE | <input type="checkbox"/> | CRUELLE |
| <input type="checkbox"/> | PENETRANTE | <input type="checkbox"/> | TORTURANTE |
| <input type="checkbox"/> | TRANSPERÇANTE | <input type="checkbox"/> | SUPPLICIANTE |
| <input type="checkbox"/> | COUP DE POIGNARD | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | GENANTE |
| <input type="checkbox"/> | PINCEMENT | <input type="checkbox"/> | DESAGREABLE |
| <input type="checkbox"/> | SERREMENT | <input type="checkbox"/> | PENIBLE |
| <input type="checkbox"/> | COMPRESSION | <input type="checkbox"/> | INSUPPORTABLE |
| <input type="checkbox"/> | ECRASEMENT | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | EN ETAU | <input type="checkbox"/> | ENERVANTE |
| <input type="checkbox"/> | BROIEMENT | <input type="checkbox"/> | EXASPERANTE |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | HORRIPILANTE |
| <input type="checkbox"/> | TIRAILLEMENT | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | ETIREMENT | <input type="checkbox"/> | DEPRIMANTE |
| <input type="checkbox"/> | DISTENSION | <input type="checkbox"/> | SUICIDAIRE |
| <input type="checkbox"/> | DECHIRURE | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | TORSION | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | ARRACHEMENT | <input type="checkbox"/> | |

Retentissement de vos douleurs

Entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur
(si vous souffrez de plusieurs douleurs, les questions suivantes concernent la douleur la plus intense).

La douleur **la plus intense** que vous avez ressentie les 24 dernières heures.

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------|
| Pas de douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Douleur la + forte imaginable |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------|

La douleur la plus **faible** que vous avez ressentie les 24 dernières heures.

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------|
| Pas de douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Douleur la + forte imaginable |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------|

Votre douleur **en général**.

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------|
| Pas de douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Douleur la + forte imaginable |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------|

Votre douleur **en ce moment**.

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------|
| Pas de douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Douleur la + forte imaginable |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------|

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 | 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% | Amélioration complète |
|---------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----------------------|

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

A) Activité générale

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

B) Humeur

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

C) Capacité à marcher

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

D) Travail ou tâches habituels

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

E) Relation avec les autres

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

F) Sommeil

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

G) Goût de vivre

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

Vos activités de Loisir

| | |
|--------------------------------|---------------------------|
| <u>Avant la Douleur</u> | <u>Aujourd'hui</u> |
|--------------------------------|---------------------------|

Quel est votre niveau de Fatigue

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Veuillez indiquer au moyen de l'échelle ci-dessous à quel point vous ressentez ces sentiments et émotions quand vous avez mal.

Quand j'ai mal ...

| | |
|---|---|
| Je m'inquiète tout le temps car je me demande si la douleur va s'arrêter | 0 – pas du tout 1 – un peu 2 – modérément 3 – beaucoup 4 – en permanence |
| Je sens que je n'en peux plus | 0 – pas du tout 1 – un peu 2 – modérément 3 – beaucoup 4 – en permanence |
| C'est terrible et je pense que cela ne va jamais s'arranger | 0 – pas du tout 1 – un peu 2 – modérément 3 – beaucoup 4 – en permanence |
| C'est horrible et je me sens dépassée | 0 – pas du tout 1 – un peu 2 – modérément 3 – beaucoup 4 – en permanence |
| J'ai le sentiment de ne plus pouvoir supporter la douleur | 0 – pas du tout 1 – un peu 2 – modérément 3 – beaucoup 4 – en permanence |
| J'ai peur que la douleur devienne plus forte | 0 – pas du tout 1 – un peu 2 – modérément 3 – beaucoup 4 – en permanence |
| Je n'arrête pas de penser à d'autres moments où j'ai eu mal | 0 – pas du tout 1 – un peu 2 – modérément 3 – beaucoup 4 – en permanence |
| Je souhaite désespérément que la douleur disparaisse | 0 – pas du tout 1 – un peu 2 – modérément 3 – beaucoup 4 – en permanence |
| C'est comme si je ne pouvais pas m'empêcher d'y penser | 0 – pas du tout 1 – un peu 2 – modérément 3 – beaucoup 4 – en permanence |
| Je pense tout le temps à la douleur et à quel point c'est douloureux | 0 – pas du tout 1 – un peu 2 – modérément 3 – beaucoup 4 – en permanence |
| Je veux désespérément que la douleur disparaisse et j'y pense tout le temps | 0 – pas du tout 1 – un peu 2 – modérément 3 – beaucoup 4 – en permanence |
| Je ne peux rien faire pour réduire l'intensité de la douleur | 0 – pas du tout 1 – un peu 2 – modérément 3 – beaucoup 4 – en permanence |
| Je me demande si quelque chose de grave pourrait arriver | 0 – pas du tout 1 – un peu 2 – modérément 3 – beaucoup 4 – en permanence |

Merci de lire chaque série de questions et de souligner la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

| | |
|---|--|
| Je me sens tendu(e) ou énervé(e) | <ul style="list-style-type: none"> - La plupart du temps (3) - Souvent (2) - De temps en temps (1) - Jamais (0) |
| Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois | <ul style="list-style-type: none"> - Oui, tout autant (0) - Pas autant (1) - Un peu seulement (2) - Presque plus (3) |
| J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver | <ul style="list-style-type: none"> - 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) |
| Je ris facilement et vois le bon côté des choses | <ul style="list-style-type: none"> - Autant que par le passé (0) - Plus autant qu'avant (1) - Vraiment moins qu'avant (2) - Plus du tout (3) |
| Je me fais du souci | <ul style="list-style-type: none"> - Très souvent (3) - Assez souvent (2) - Occasionnellement (1) - Très occasionnellement (0) |
| Je suis de bonne humeur | <ul style="list-style-type: none"> - Jamais (3) - Rarement (2) - Assez souvent (1) - La plupart du temps (0) |
| Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) | <ul style="list-style-type: none"> - Oui, quoi qu'il arrive (0) - Oui, en général (1) - Rarement (2) - Jamais (3) |
| J'ai l'impression de fonctionner au ralenti | <ul style="list-style-type: none"> - Presque toujours (3) - Très souvent (2) - Parfois (1) - Jamais (0) |
| J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué | <ul style="list-style-type: none"> - Jamais (0) - Parfois (1) - Assez souvent (2) - Très souvent (3) |
| Je ne m'intéresse plus à mon apparence | <ul style="list-style-type: none"> - 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) |
| J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place | <ul style="list-style-type: none"> - Oui, c'est tout à fait le cas (3) - Un peu (2) - Pas tellement (1) - Pas du tout (0) |
| Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses | <ul style="list-style-type: none"> - Autant qu'avant (0) - Un peu moins qu'avant (1) - Bien moins qu'avant (2) - Presque jamais (3) |
| J'éprouve des sensations soudaines de panique | <ul style="list-style-type: none"> - Vraiment très souvent (3) - Assez souvent (2) - Pas très souvent (1) - Jamais (0) |
| Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision | <ul style="list-style-type: none"> - Souvent (0) - Parfois (1) - Rarement (2) - Très rarement (3) |

Votre prise en charge :

Votre traitement actuel

Principaux médicaments déjà utilisés pour la douleur

| Nom du médicament | Effets ressentis (efficacité ? effets indésirables ?) |
|-------------------|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Principales techniques non médicamenteuses déjà utilisées pour la douleur

| Cocher les prises en charge essayées | | Efficacité sur la Douleur ? | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Kinésithérapie | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Rééducation en Centre | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Activité Physique adaptée | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Ostéopathie | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Stimulation électrique (TENS) | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Cure Thermale | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Homéopathie | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Phyto/Aromathérapie | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Acupuncture | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Musicothérapie | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Art thérapie | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Yoga Pilate | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Qi gong, Tai Chi | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Sophrologie | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Relaxation | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Hypnose | <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Méditation pleine conscience | <input type="checkbox"/> | Oui |

Autres :

Avez-vous bénéficié d'une psychothérapie ? Oui Non

Avez-vous bénéficié d'une psychothérapie : Oui Non
Type (exemple : psychanalyse, EMDR, TCC...) :

Avez-vous déjà consulté un centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) ?

Oui Non

Si oui, lieu :

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la consultation douleur ?

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

Quel est votre objectif principal ? Quel but souhaiteriez-vous atteindre ?

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

Quels sont vos autres objectifs ?

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

Combien de temps par jour pourriez vous consacrer à vos soins antalgiques ?

Pas le temps moins de 15 minutes 15 à 30 minutes plus de 30 minutes

Combien de jours par semaines pourriez vous consacrer à vos soins antalgiques ?

Aucun 1 à 2 jours par semaine 3 à 4 jours par semaine 5 à 7 jours par semaine

La prise en charge à l'hôpital se faisant pendant des horaires classiques de travail, combien de temps par mois pourriez-vous vous libérer ?

Aucun 1 à 2 demi-journées par mois 3 à 4 demi-journées par mois

Avez-vous d'autres éléments à nous communiquer ?

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

A faire remplir par votre médecin – 1/2

Diagnostic / étiologie de la douleur :

Histoire de la pathologie douloureuse (mode d'installation, explorations réalisées, avis spécialisés...)

Principaux antécédents :

Médicaux :

Chirurgicaux

Gynéco-obstétricaux

Psychiatriques

Allergie(s)

A faire remplir par votre médecin – 2/2

| MEDICAMENTS ANTALGIQUES PRECEDEMMENT ESSAYEES | | | |
|---|----------------------------|---|---------------|
| Nom du médicament | Posologie maximale essayée | Efficacité sur la Douleur ? oui/non | Motif d'arrêt |
| Anti-nociceptifs | | | |
| PARACETAMOL | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| NEFOPAM (Acupan®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| KETOPROFENE (Profemigr®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| IBUPROFENE (Advil Nureflex Nurofen Spedifen Spifen®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| TRAMADOL (Contramal, Takadol, Topalgie, Ixprim, Zaldiar ®...) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| OPIUM (Izalgi, Lamaline®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| CODEINE (Cadoliprane ®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| MORPHINE (Skenan Actiskenan ®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| OXYCODONE (Oxynormoro, Oxycontin®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| FENTANYL (Durogesic, Abstral, Actiq, Pecfent®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Anti-neuropathiques | | | |
| GABAPENTINE (Neurontin ®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| PREGABALINE (Lyrica ®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| OXCARBAZEPINE (Trileptal ®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| CARBAMAZEPINE (Tegretol ®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| CLONAZEPAM (Rivotril ®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| VENLAFAXINE (Effexor ®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| MILNACIPRAN (Ixel ®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| DULOXETINE (Cymbalta ®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| CLOMIPRAMINE (Anafranil ®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| AMITRIPTYLINE (Laroxyl ® Elavil ®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| LIDOCAINE patch (Versatis ®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| CAPSAÏCINE patch (Qutenza ®, Zostrix® Capzix®) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

INFILTRATIONS

| Localisations | Dates : | Efficacité sur la Douleur ? |
|---------------|---------|---|
| | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Attentes vis-à-vis du CETD :

- Avis diagnostique
- Avis thérapeutique
- Accès à une technique spécifique (à préciser) :
- Aide à la coordination du parcours de santé
- Autre (à préciser) :

Commentaires éventuels

.....
.....

Médecin adresseur :

Nom et prénom :
 Spécialité :
 Ville :
 Téléphone :
 Courriel :

Cachet et signature

Médecin traitant (si différent du médecin adresseur) :

Nom et prénom :
 Ville :