DOSSIER DE 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.

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.**

Nous pouvons avoir besoin de renseignements complémentaireset pour cela de consulter votre Dossier Médical Partagé.

⇨ **J'accèpte la consultation de mon DMP par le CETD : OUI // NON**

Merci de nous retourner ce questionnaire par email à : centre.douleur@chu-tours.fr

Tout dossier incomplet ou illisible ne sera pas traité.

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 ☐ En concubinage ☐ Marié ou Pacsé
☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ 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
Pas du tout pénible										*Extrêmement pénible*

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
Pas du tout stressant										*Extrêmement stressant*

Votre Santé en général :

Poids : ……. kg **Taille** : …… cm

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

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

Autres : préciser ci-dessous :

……
……
……
……
……
……

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

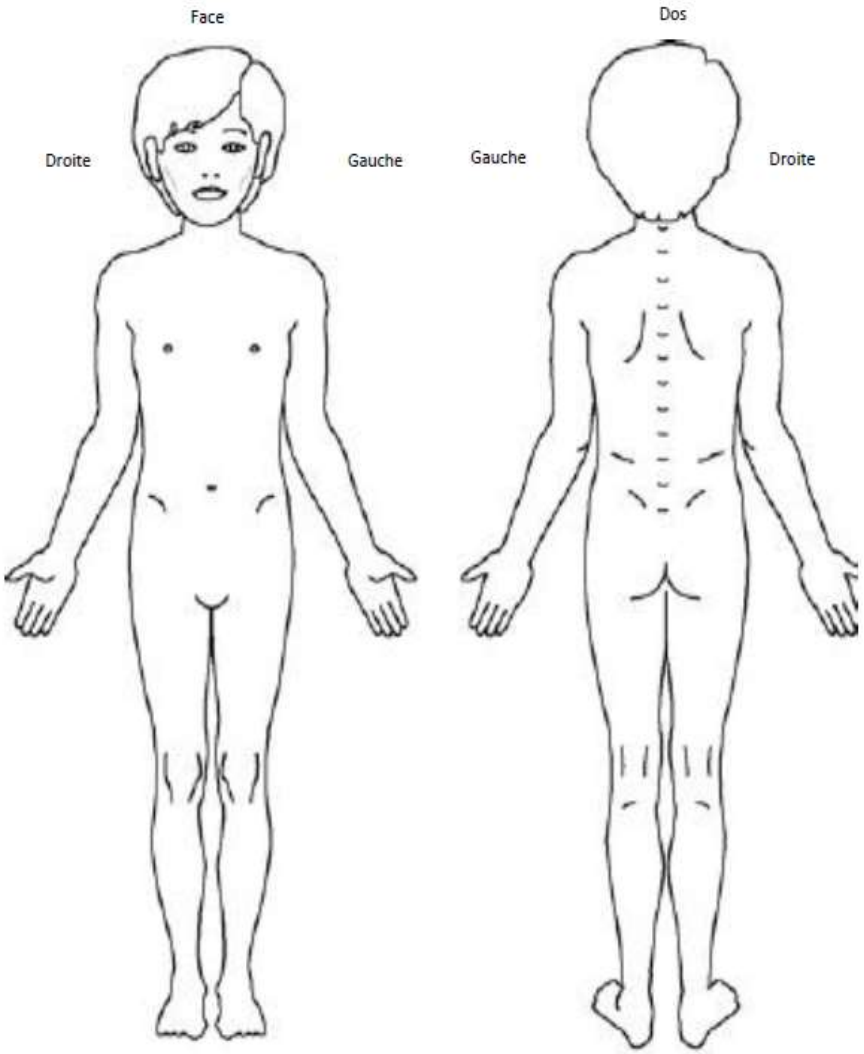
……
……
……
……
……
……
……
……

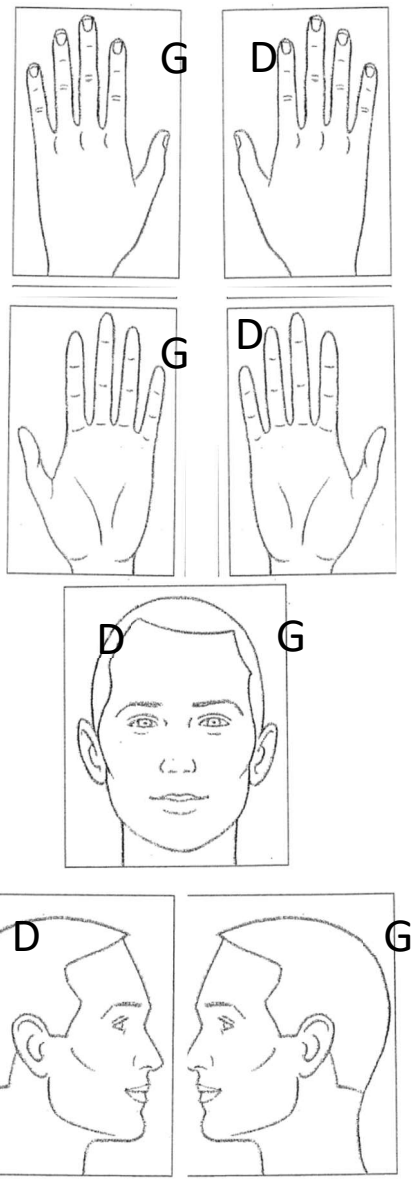
Votre Douleur :

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 aggrave la douleur ?

……
……

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

	BATTEMENTS
	PULSATIONS
	ELANCEMENTS
	EN ECLAIRS
	DECHARGES ELECTRIQUES
	COUPS DE MARTEAU

	PICOTEMENTS
	FOURMILLEMENTS
	DEMANGEAISONS

	ENGOURDISSEMENT
	LOURDEUR
	SOURDE

	RAYONNANTE
	IRRADIANTE

	PIQURE
	COUPURE
	PENETRANTE
	TRANSPERÇANTE
	COUP DE POIGNARD

	PINCEMENT
	SERREMENT
	COMPRESSION
	ECRASEMENT
	EN ETAU
	BROIEMENT

	TIRAILLEMENT
	ETIREMENT
	DISTENSION
	DECHIRURE
	TORSION
	ARRACHEMENT

	CHALEUR
	BRULURE
	FROID
	GLACE

	FATIGANTE
	EPUISANTE
	EREINTANTE

	NAUSEEUSE
	SUFFOCANTE
	SYNCOPALE

	INQUIETANTE
	OPPRESSANTE
	ANGOISSANTE

	HARCELANTE
	OBSEDANTE
	CRUELLE
	TORTURANTE
	SUPPLICIANTE

	GENANTE
	DESAGREABLE
	PENIBLE
	INSUPPORTABLE

	ENERVANTE
	EXASPERANTE
	HORRIPILANTE

	DEPRIMANTE
	SUICIDAIRE

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 douleurs 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

Avant la Douleur	Aujourd'hui

Quel est votre niveau de Fatigue

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Inventaire de sensibilisation Centrale.

INVENTAIRE DE SENSIBILISATION CENTRALE: PARTIE A

Veuillez indiquer pour chaque situation la proposition la plus adaptée	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1. J'ai la sensation d'un sommeil non récupérateur quand je me réveille le matin	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je ressens des raideurs et des douleurs musculaires	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je fais des crises d'angoisse	☐	☐	☐	☐	☐
4. Je grince ou serre les dents	☐	☐	☐	☐	☐
5. J'ai des problèmes de diarrhée et/ou de constipation	☐	☐	☐	☐	☐
6. J'ai besoin d'aide pour effectuer mes activités quotidiennes	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je suis sensible aux fortes lumières	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je me fatigue très facilement lorsque je suis actif physiquement	☐	☐	☐	☐	☐
9. Je ressens des douleurs partout dans le corps	☐	☐	☐	☐	☐
10. J'ai des maux de tête	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je ressens une gêne à la vessie et/ou des brûlures lorsque j'urine	☐	☐	☐	☐	☐
12. Je ne dors pas bien	☐	☐	☐	☐	☐
13. J'ai des difficultés de concentration	☐	☐	☐	☐	☐
14. J'ai des problèmes de peau tels que sécheresse, démangeaisons ou éruptior cutanées	☐	☐	☐	☐	☐
15. Le stress aggrave mes symptômes physiques	☐	☐	☐	☐	☐
16. Je me sens triste ou déprimé	☐	☐	☐	☐	☐
17. J'ai peu d'énergie	☐	☐	☐	☐	☐
18. Je ressens des tensions musculaires dans la nuque et dans les épaules	☐	☐	☐	☐	☐
19. J'ai mal à la mâchoire	☐	☐	☐	☐	☐
20. Certaines odeurs, comme des parfums, me donnent des nausées et des étourdissements	☐	☐	☐	☐	☐
21. Je dois uriner fréquemment	☐	☐	☐	☐	☐
22. J'ai la sensation désagréable des jambes sans repos lorsque j'essaye de dormir le soir	☐	☐	☐	☐	☐
23. J'ai des difficultés à me souvenir de certaines choses	☐	☐	☐	☐	☐
24. J'ai eu des traumatismes au cours de mon enfance	☐	☐	☐	☐	☐
25. Je ressens des douleurs dans la région du bassin	☐	☐	☐	☐	☐

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 désespérement 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)	- La plupart du temps (3) - Souvent (2) - De temps en temps (1) - Jamais (0)
Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	- 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	- 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	- 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	- Très souvent (3) - Assez souvent (2) - Occasionnellement (1) - Très occasionnellement (0)
Je suis de bonne humeur	- 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)	- Oui, quoi qu'il arrive (0) - Oui, en général (1) - Rarement (2) - Jamais (3)
J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	- Presque toujours (3) - Très souvent (2) - Parfois (1) - Jamais (0)
J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	- Jamais (0) - Parfois (1) - Assez souvent (2) - Très souvent (3)
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)
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)
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)
J'éprouve des sensations soudaines de panique	- 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	- Souvent (0) - Parfois (1) - Rarement (2) - Très rarement (3)

Votre prise en charge :

Votre traitement <u>actuel</u>

Nom du médicament *(Ex : PARACETAMOL)*	Posologie *(Ex : 1000 mg)*	Nombre de prises par jour *(Ex : 1 le matin, 1 le midi et 1 le soir)*

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 ?
☐ **Kinésithérapie**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Rééducation en Centre**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Activité Physique adaptée**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Ostéopathie**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Stimulation électrique (TENS)**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Cure Thermale**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Homéopathie**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Phyto/Aromathérapie**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Acupuncture**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Musicothérapie**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Art thérapie**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Yoga Pilate**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Qi gong, Tai Chi**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Sophrologie**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Relaxation**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Hypnose**	☐ Oui ☐ Non
☐ **Méditation pleine conscience**	☐ Oui ☐ Non

Autres :

……...…….....

……...……

Avez-vous bénéficié d'une psychothérapie ? ☐ Oui ☐ Non

Type *(exemple ; psychanalyse, EMDR, TCC…)* : …….

Avez-vous déjà consulté en Médecine de la Douleur ?

- Centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) ? ☐ Oui ☐ Non
  Si oui, lieu : ……
- Médecin libéral ? ☐ Oui ☐ Non
  Si oui, nom - ville : ……

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 antlgiques ?

☐ Pas le temps ☐ moins de15 minutes ☐ 15 à 30 minutes ☐ plus de 30 minutes

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

☐ 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'hopital 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

A l'attention du médecin adressant le patient au CETD : Voici ci-dessous les éléments à nous communiquer pour traiter le dossier de votre patient. Vous pouvez le faire en répondant à ce questionnaire ou en nous adressant un courrier. Nous attirons votre attention si vous choissisez de nous envoyer un courrier : celui-ci doit contenir TOUS les éléments demandés ci-dessous (si besoin, compléter le dossier en plus du courrier).

Diagnostic / étiologie de la douleur : …….

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

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Principaux antécédents :

Médicaux :

……
……
……
……
……
……

Chirugicaux

……
……
……
……
……
……

Gynéco-obstétricaux

……
……
……

Psychiatriques

……
……
……

Allergie(s) ……

A faire remplir par votre médecin – 2/2

MEDICAMENTS ANTALGIQUES PRECEDEMMENT ESSAYEES			
COCHER les médicaments essayés	***Posologie maximale essayée***	***Efficacité sur la Douleur ? oui/non***	***Motif d'arrêt***
Anti-nociceptifs			
☐ PARACETAMOL		☐ Oui ☐ Non	
☐ NEFOPAM (Acupan®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ KETOPROFENE (Profemigr®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ IBUPROFENE (Advil Nureflex Nurofen Spedifen Spifen®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ TRAMADOL (Contramal, Takadol, Topalgic, Ixprim, Zaldiar ®…)		☐ Oui ☐ Non	
☐ OPIUM (Izalgi, Lamaline®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ CODEINE (Codoliprane ®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ MORPHINE (Skenan Actiskenan ®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ OXYCODONE (Oxynormoro, Oxycontin®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ FENTANYL (Durogesic, Abstral, Actiq, Pecfent®)		☐ Oui ☐ Non	
Anti-neuropathiques			
☐ GABAPENTINE (Neurontin ®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ PREGABALINE (Lyrica ®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ OXCARBAZEPINE (Trileptal ®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ CARBAMAZEPINE (Tegretol ®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ CLONAZEPAM (Rivotril ®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ VENLAFAXINE (Effexor ®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ MILNACIPRAN (Ixel ®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ DULOXETINE (Cymbalta ®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ CLOMIPRAMINE (Anafranil ®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ AMITRIPTYLINE (Laroxyl ® Elavil ®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ LIDOCAINE patch (Versatis ®)		☐ Oui ☐ Non	
☐ CAPSAÏCINE patch (Qutenza ®, Zostrix® Capzix®)		☐ Oui ☐ Non	

INFILTRATIONS		
Localisations	***Dates :***	***Efficacité sur la Douleur ?***
		☐ Oui ☐ Non
		☐ Oui ☐ Non
		☐ Oui ☐ 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 : ……...