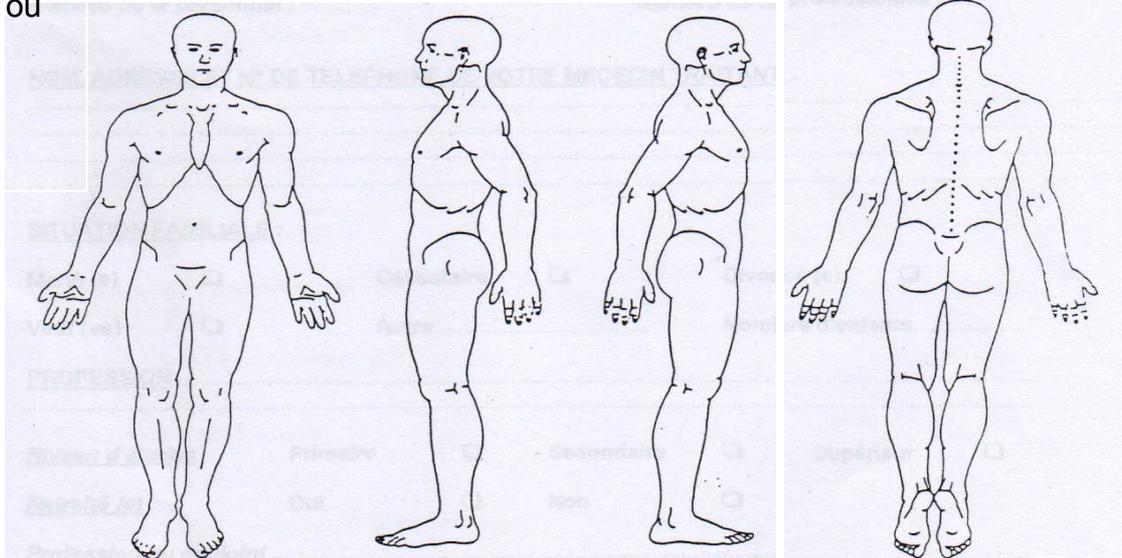


## QUESTIONNAIRE DOULEUR

### 1. Où avez-vous mal ?

Hachurez l'endroit où se trouve votre douleur habituelle



### 2. Quand avez-vous mal ?

**Depuis combien de temps avez-vous mal ?**

Moins d'un mois  Plus de 3 mois  Plus d'un an  Plus de 2 ans

**Quand ? :**

J'ai mal le jour

J'ai mal la nuit

J'ai mal la nuit et le jour de la même façon

J'ai plus mal la nuit

J'ai plus mal le matin

J'ai plus mal en fin de journée

J'ai mal tous les jours

J'ai mal quelques jours par mois  Précisez combien de jours :

J'ai des crises douloureuses  Précisez combien de temps elles durent :

### 3. Combien avez-vous mal ?

**Évaluez votre douleur au moment présent :** cochez le chiffre qui indique l'intensité de votre douleur entre pas de douleur (0) et la douleur maximale imaginable (10)

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

**Évaluez votre douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours**

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

Quels sont les Facteurs qui aggravent ou diminuent la douleur :

le chaud :	<input type="checkbox"/> aggrave	<input type="checkbox"/> diminue
le froid :	<input type="checkbox"/> aggrave	<input type="checkbox"/> diminue
la marche	<input type="checkbox"/> aggrave	<input type="checkbox"/> diminue
la position allongée	<input type="checkbox"/> aggrave	<input type="checkbox"/> diminue
la position assise :	<input type="checkbox"/> aggrave	<input type="checkbox"/> diminue
la position debout :	<input type="checkbox"/> aggrave	<input type="checkbox"/> diminue
le Stress :	<input type="checkbox"/> aggrave	<input type="checkbox"/> diminue

#### 4. Comment avez-vous mal ?

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire la douleur. Pour préciser ce que vous ressentez le plus souvent mettez une croix dans les cases correspondantes.

- Elancements
- cela pince
- Décharges électriques
- Coups de poignard
- cela serre
- Tiraillement
- cela brûle
- Fourmillement
- Lourdeur
- cela tord

#### 5. Quel est le retentissement de votre douleur ?

Cochez le chiffre correspond mieux à combien la douleur retentit sur 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) Relations 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

Après avoir rempli ce questionnaire, apportez-le à votre médecin traitant à votre prochaine consultation.