

Hôpital Bicêtre

78, rue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE
Téléphone : 01 45 21 21 21
Télécopie : 01 45 21 20 97

**Centre d'Evaluation et de
Traitement de la Douleur
de l'adulte et de l'enfant**

■ 01 45 21 37 44
■ 01 45 21 37 74

MEDECIN RESPONSABLE
Dr Isabelle NEGRE

CONSULTATIONS ADULTES
Dr I.NEGRE
Dr J-M RAZAFIMANDIMBY
Dr A. SPASSOVA, auriculothérapeute
Dr Tarika ISSAD, psychiatre
■ 01 45 21 37 44 (rendez-vous)

Dr Caroline LAVABRE,
rhumatologue
■ 01 45 21 73 00 (rendez-vous)

SECRETAIRAT MEDICAL
Sandra QUERCY
■ 01 45 21 37 44
✉ sandra.quercy@aphp.fr

CADRE SUPERIEUR

CADRE DE SOINS

EQUIPE INFIRMIERE
Gloria OLIVEIRA
Eduardo TRIS
■ 01 45 21 34 32

PSYCHOLOGUES
Déborah HADDAD BAUDRY
■ 01 45 21 37 44

Bicêtre

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a conseillé de prendre un rendez-vous à la consultation du Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur (CETD) du Groupe Hospitalier Universitaire Paris Sud, site Bicêtre.

Afin de mieux vous connaître, nous vous demandons de remplir ce dossier d'information avec beaucoup d'attention. Si besoin, vous pouvez vous faire aider par votre médecin pour remplir le volet patient du dossier d'orientation.

Votre médecin devra, pour sa part, remplir un dossier complémentaire. Toutes ces informations sont couvertes par le secret médical.

Après réception de ce dossier (volet patient et volet médecin) par le secrétariat, nous vous ferons parvenir par courrier un rendez vous.

Veuillez également apporter : les traitements antérieurs reçus, le traitement actuel, ainsi que tout autre examen (radiographies, scanner, IRM, examens sanguins).

En vous remerciant de votre collaboration, soyez assuré(e), Madame, Monsieur, de notre volonté de mettre en oeuvre tous nos moyens afin d'assurer le soulagement de votre douleur

Sandra QUERCY
Secrétaire

Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
Groupe Hospitalier universitaire Paris Sud
 78 rue du Général Leclerc
 94270 LE KREMLIN BICETRE
 Téléphone : 01 45 21 37 44
 Fax : 01 45 21 37 74

Reçu le :
 Dossier complet :
 Avis médical :

Madame, monsieur

Merci de remplir ce questionnaire avec soin car la description précise de votre douleur aidera la prise en charge. N'hésitez pas à rajouter des éléments si nécessaire.

Motif de Consultation :

Nom Marital : Nom de jeune fille :

Prénom : Sexe : Date de naissance :

Adresse

CP..... Ville.....

Tel domicile	Tel Portable	Mail

Vous consultez sur les conseils de :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Votre médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Un spécialiste : Lequel : |
| <input type="checkbox"/> Une autre consultation douleur | Laquelle : |
| <input type="checkbox"/> A votre initiative | <input type="checkbox"/> Autre Précisez : |

Vous vivez : Seul (e) En couple Nb d'enfants

Nombre de personnes vivant dans le même logement, vous y compris

Etes-vous :		Depuis quand :
<input type="checkbox"/>	En activité (préciser votre profession)	
<input type="checkbox"/>	En retraite	
<input type="checkbox"/>	En invalidité	
<input type="checkbox"/>	Au chômage	
<input type="checkbox"/>	En accident de travail (AT)	
<input type="checkbox"/>	En arrêt de travail	
<input type="checkbox"/>	En affection Longue Durée (ALD)	

Médecin traitant		
Nom		Téléphone
Adresse		CP Ville

Avez-vous déjà été hospitalisé pour cette douleur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
A l'hôpital Bicêtre : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dans un autre hôpital <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
IPP ou NIP	si oui préciser le Nom et le Service.....	
Service :.....		

Avez-vous un suivi régulier dans un des hôpitaux suivants <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Si oui Nom du médecin et service qui vous suit
Bicêtre	
A. Béclère	
P. Brousse	
Indiquer IPP ou NIP	

Avez déjà consulté dans un centre anti douleur : Oui Non

Si oui préciser lequel et l'année

Etes-vous suivi(e) par un service social ? Oui Non
Si oui, nom de l'assistante sociale : _____
Téléphone de l'assistante sociale : _____

Etes-vous en litige avec
 La CPAM Un autre organisme de santé Avec un tiers ?

Etes-vous en procédure d'expertise ? Oui Non

Etes-vous atteint (e) ou avez-vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes :

	Affections	Précisez
<input type="checkbox"/>	Allergie (précisez)	
<input type="checkbox"/>	Angine de poitrine	
<input type="checkbox"/>	Angoisse/ Anxiété	
<input type="checkbox"/>	Arthrose	
<input type="checkbox"/>	Asthme	
<input type="checkbox"/>	Cancer (précisez)	
<input type="checkbox"/>	Dépression	
<input type="checkbox"/>	Diabète	
<input type="checkbox"/>	Epilepsie	
<input type="checkbox"/>	Infarctus du myocarde	
<input type="checkbox"/>	Insuffisance cardiaque	
<input type="checkbox"/>	Insuffisance rénale	
<input type="checkbox"/>	Mal de dos	
<input type="checkbox"/>	Maladie rhumatologique (précisez)	
<input type="checkbox"/>	Sciatique	
<input type="checkbox"/>	Spasmophilie	
<input type="checkbox"/>	Ulcère	
<input type="checkbox"/>	Autre	

2 - Votre douleur:

Date d'apparition : Progressivement Brutalement

Facteur(s) déclenchant(s) :

Depuis 6 mois vos douleurs (1 seule réponse) sont :						
<input type="checkbox"/>	Plutôt augmentées	<input type="checkbox"/>	Plutôt diminuées	<input type="checkbox"/>	Stationnaires	<input type="checkbox"/>

Actuellement vos douleurs sont-elles plutôt							
<input type="checkbox"/>	Rares	<input type="checkbox"/>	Fréquentes	<input type="checkbox"/>	Très fréquentes	<input type="checkbox"/>	Permanent es
<input type="checkbox"/>	Moins d'une fois/semaine	<input type="checkbox"/>	Pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	Tous les jours	<input type="checkbox"/>	Toute la journée

Avez-vous des crises ou des accès douloureux ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non							
<input type="checkbox"/>	Exceptionnels	<input type="checkbox"/>	Rares	<input type="checkbox"/>	Fréquents	<input type="checkbox"/>	Très fréquents
<input type="checkbox"/>	Pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	Tous les jours	<input type="checkbox"/>	Plusieurs/jour		
<input type="checkbox"/>	Durée des crises						

Les crises sont déclenchées par : (plusieurs réponses possibles)							
<input type="checkbox"/>	Mouvements, effort physique	<input type="checkbox"/>	Emotion, stress	<input type="checkbox"/>	Fatigue	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez)						

Les douleurs vous réveillent-elles la nuit ?							
<input type="checkbox"/>	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Quelquefois	<input type="checkbox"/>	Au moins une fois par nuit	<input type="checkbox"/>	Plusieurs fois par nuit

Cocher la case qui décrit le mieux la douleur		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La plus intense que vous ayez ressentie les 24 dernières heures												
La plus faible que vous ayez ressentie les 24 dernières heures.												
La douleur moyenne												
En ce moment												

Comment décrivez-vous l'attitude de votre entourage par rapport à vos douleurs ?			
	Compréhensif	Hostile	Indifférent
Votre famille			
Vos amis			
Votre voisinage			
Vos collègues de travail			
Votre hiérarchie			
Les médecins d'assurances			
Le médecin conseil			

Indiquez le chiffre (de 0 : ne gêne pas à 10 gêne complètement) qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Activité											
Humeur											
Capacité à marcher											
Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)											
Relation avec les autres											
Sommeil											
Goût de vivre											

Parmi ces situations, évaluez leur effet sur la douleur			
	Augmente	Diminue	Aucun effet
La rééducation			
Les transports			
La fatigue			
L'ennui			
Le calme			
Distraction, loisir			
La toux			
La chaleur			
Le froid extérieur			
Faire sa toilette			
Les changements de position			
Le stress, l'énerverment			
La position allongée			
La position debout			
La marche			
Le frottement sur la zone douloureuse			
Pression sur la zone douloureuse			
Autre : précisez			

Indiquez ci-dessous les 3 principaux problèmes pour lesquels vous souhaitez notre aide											
1											
2											
3											

Cocher la case qui décrit le mieux l'importance de chaque problème (de 0 : peu d'importance à 10 extrêmement gênant)												
1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2												
3												

Vos activités de loisir (distractions, activités physiques, hobbies) :

.....
.....

Questionnaire douleur St Antoine (QDSA)

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots utilisés par certaines personnes pour décrire une douleur. Afin de préciser la douleur que vous ressentez en général, entourer les mots les plus exacts pour décrire votre douleur (1 mot par paragraphe) et donner lui une note de 1 à 4

0 = Absent ou pas du tout

3 = Fort ou beaucoup

1 = Faible ou peu

4 = Extrêmement fort ou extrêmement

2 = Modéré ou moyenne

A	Battements		E	Tiraillement		K	Nauséeuse	
	Pulsations			Etirement			Suffocante	
	Elancements			Distension			Syncopale	
	En éclair			Déchirure			Inquiétante	
	Décharges électriques			Torsion			Oppressante	
	Coups de marteau						Angoissante	
B	Rayonnante		F	Chaleur		M	Harcelante	
	Irradiante			Brûlure			Obsédante	
C	Piqures		G	Froid			Cruelle	
	Coupures			Glace			Torturante	
	Pénétrante		H	Picotements			Suppliciante	
	Transperçante			Fourmillements				
	Coups poignard							
D	Pincement		I	Engourdissement		N	Gênante	
	Serrement			Lourdeur			Désagréable	
	Compression			Sourde			Pénible	
	Écrasement		J	Fatigante			Insupportable	
	En étau			Epuisante				
	Broiement					O	Enervante	
							Exaspérante	
							Horripilante	
						P	Déprimante	
							Suicidaire	

Questionnaire DN4 (Douleur Neuropathique en 4 questions)

Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les derniers 8 jours), répondez en mettant une croix pour la réponse la plus proche de votre douleur.

		Oui	Non
La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?	Brûlure		
	Sensation de froid		
	Décharges électriques		
La douleur est-elle associée à un ou plusieurs des symptômes suivants dans une même région ?	Fourmillement		
	Picotements		
	Engourdissement		
	Démangeaisons		
La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence une diminution de la sensibilité	Au toucher		
	À la piqûre		
La douleur est-elle provoquée ou intensifiée par	Le frottement		

Pour chaque lettre, entourez le chiffre (un seul) qui correspond le mieux à votre humeur actuelle

A	0	Je ne me sens pas triste
	1	Je me sens cafardeux ou triste
	2	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
	3	Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter
B	0	Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
	1	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
	2	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
	3	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer
C	0	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
	1	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
	2	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
	3	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)
D	0	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
	1	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
	2	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
	3	Je suis mécontent de tout
E	0	Je ne me sens pas coupable
	1	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
	2	Je me sens coupable
	3	Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vaut rien
F	0	Je ne suis pas déçu par moi-même
	1	Je suis déçu par moi-même
	2	Je me dégoûte moi-même
	3	Je me hais
G	0	Je ne pense pas à me faire du mal
	1	Je pense que la mort me libérerait
	2	J'ai des plans précis pour me suicider
	3	Si je le pouvais, je me tuerai
H	0	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
	1	Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
	2	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
	3	J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement
I	0	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
	1	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
	2	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
	3	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision
J	0	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
	1	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
	2	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
	3	J'ai l'impression d'être laid et repoussant
K	0	Je travaille aussi facilement qu'auparavant
	1	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
	2	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
	3	Je suis incapable de faire le moindre travail
L	0	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
	1	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
	2	Faire quoi que ce soit me fatigue
	3	Je suis incapable de faire le moindre travail
M	0	Mon appétit est toujours aussi bon
	1	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
	2	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
	3	Je n'ai plus du tout d'appétit

3-Traitements antérieurs concernant votre douleur

Qui avez-vous consulté ? :

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

Avez-vous consulté un psychologue ou un psychiatre pour vos douleurs ? Oui Non

Parmi la liste des traitements suivant cochez ceux que vous avez déjà essayés, indiquez s'ils vous ont amélioré

		Efficace	Pas efficace
<input type="checkbox"/>	Chirurgie		
<input type="checkbox"/>	Infiltration		
<input type="checkbox"/>	Hypnose/relaxation/sophrologie		
<input type="checkbox"/>	Psychothérapie		
<input type="checkbox"/>	Ostéopathie/chiropractie		
<input type="checkbox"/>	Kinésithérapie		
<input type="checkbox"/>	Acupuncture		
<input type="checkbox"/>	Electrostimulation		
<input type="checkbox"/>	Homéopathie		
<input type="checkbox"/>	Auriculothérapie		
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez)		

Médicament que vous prenez actuellement (nom et dose/jour)

Merci d'indiquer : votre poids : votre taille :

Nom	Dose/ jour	Nom	Dose/ jour

Parmi la liste des médicaments suivants, cochez ceux que vous avez essayés, indiquez s'ils vous ont amélioré, et/ou s'ils ont entraîné des effets indésirables

	Efficacité		Effets indésirables	Précisez
	Oui	Non	Oui	
Abstral (Fentanyl)				
Actiq (Fentanyl)				
Actiskénan				
Advil (Ibuprofène)				
Anafranil (Clomipramine)				
Apranax (Naproxène)				
Artotec (Diclofénac)				
Aspirine				
Bi Profénid (Kétoprofène)				
Célébrex (Célécoxib)				
Contramal (Tramadol, Biodalgic, Orozamudol)				
Dafalgan (Paracétamol)				
Dafalfan codéine				
Doliprane (Paracétamol)				
Durogésic (patchs) (Fentanyl)				
Efféralgan (Paracétamol)				
Efféralgan codéine				
Ixprim				
Kapanol (Morphine)				
Kétoprofène				
Laroxyl (Amitriptyline)				
Lioresal (Baclofène)				
Lyrica (Prégabaline)				
Moscontin				
Myolastan (Tétrazépam)				
Neurontin (Gabapentine)				
Oxycontin (Oxycodone)				
Panos (Tétrazépam)				
Paracétamol				
Propofan				
Rivotril (Clonazépam)				
Sevredol				
Skénan				
Sophidone (Hydromorphone)				
Spasfon (Phloroglucinol)				
Tégrétol (Garbamazepine)				
Trileptal (Oxcarbazepine)				
Topalgic (Tramadol)				
Voltarène (Diclofénac)				
Zaldiar				
Zamudol (Tramadol)				
Autres précisez				