

**Hôpital Pitié -
Salpêtrière**

83 Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris

Version du document 2023

Madame, Monsieur

Vous avez demandé un rendez-vous dans l'unité de de prise en charge de la douleur de la Pitié Salpêtrière. Afin de faciliter votre consultation, et améliorer votre prise en charge, merci de compléter le formulaire ci-dessous ainsi que les questionnaires sur les pages suivantes, et d'amener l'ensemble lors de votre venue.

**SERVICE DE RHUMATOLOGIE
DMU 3ID**

Pr B. FAUTREL
Chef de Service

DATE DE RENDEZ-VOUS DE CONSULTATION :

**CENTRE D'ÉVALUATION ET
DE TRAITEMENT DE LA
DOULEUR**

Dr. F. BAILLY
Responsable de l'Unité
Fonctionnelle

Patient (nom, prénom, adresse) :

A rapporter rempli pour votre 1^{er} rendez-vous

Adjoints
Dr. X. GARCIA
Dr N. MAHFOUDHI
Dr. N. NAFOUTI
Dr. R. GUIMARAES-COSTA

Médecin traitant (nom, prénom, adresse) :

Autres médecins à qui doit être adressé votre compte rendu (nom, prénom, adresse) :

Mme S. ARNAL
Infirmière ressource douleur

M E. BOUTHIER
Masso-Kinésithérapeute

Antécédents médicaux et chirurgicaux (actuels ou passés) :

Mme M. FONVIEILLE
Psychomotricienne

-

Mme A. SHEHATA
Psychologue

-

Secrétariat
Mme S. OWONA KYE
01 42 16 11 94

-

Intolérances médicamenteuses :

Cadre Supérieur de santé
Mme S. ALBOT
01 42 16 14 62

Allergies médicamenteuses :

Cadre de Santé
Mme C B. BARAT
01 84 82 74 66

Traitements médicaux (ou fournir une ordonnance) :

Statut professionnel :

N'oubliez pas d'amener l'ensemble de votre dossier médical, y compris les ordonnances, examens radiologiques (compte rendus et images)

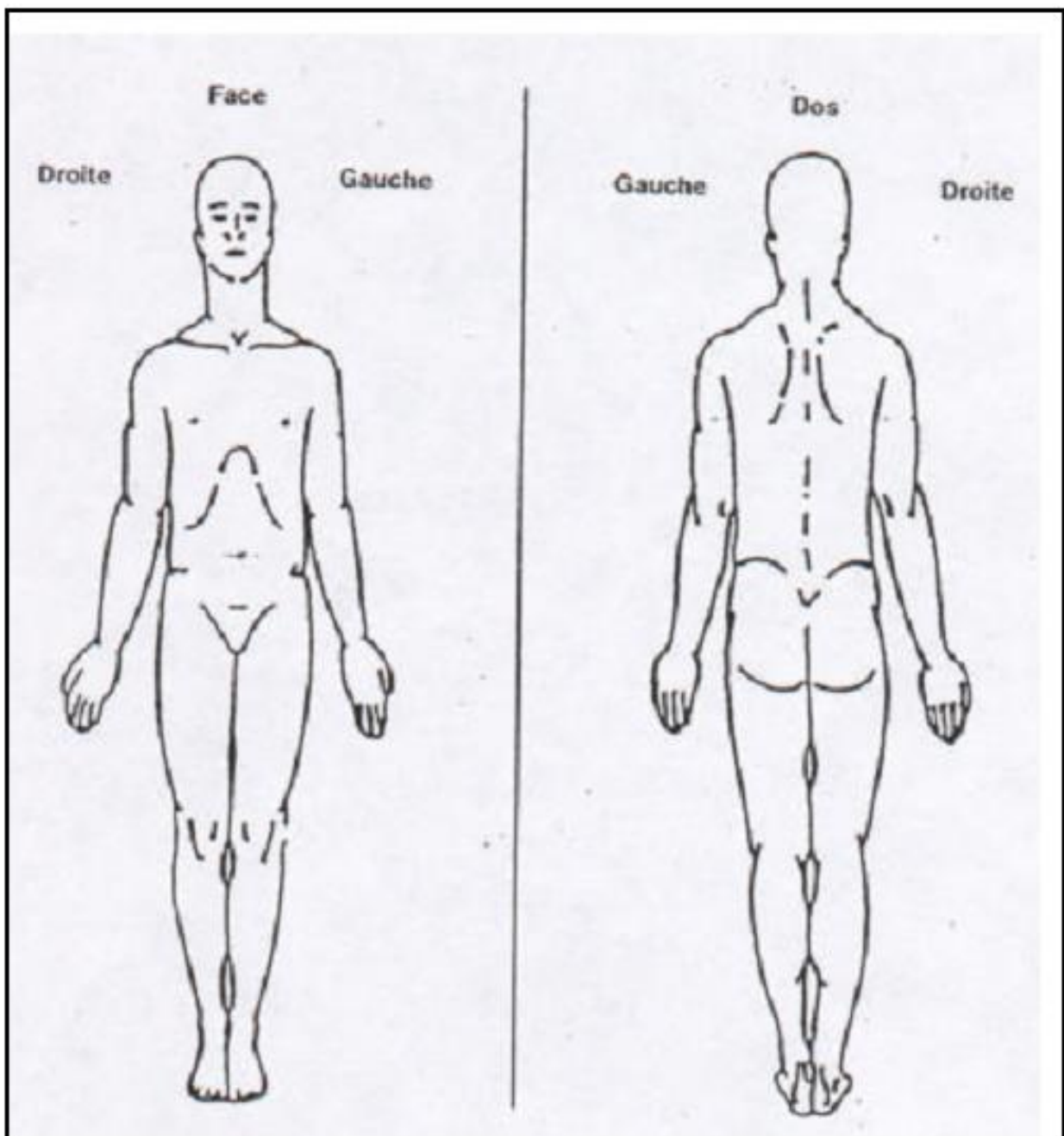
L'équipe médicale

Afin de préciser l'intensité de la douleur que vous ressentez actuellement (depuis les 8 derniers jours, nous vous demandons de répondre aux questionnaires suivants. N'oubliez pas de répondre à toutes les questions.

Schéma des zones douloureuses

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours), en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface du corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez un « I » à l'endroit de la douleur la plus intense.



Intensité de la douleur

1. Entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus intense** que vous avez ressentie la semaine dernière

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

2. Entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus faible** que vous avez ressentie la semaine dernière

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

3. Entourez d'un cercle le chiffre le chiffre qui décrit le mieux **votre douleur en général**

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

4. Entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux **votre douleur en ce moment**

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

Somme des 4 questions : ____

Répercussions de la douleur sur les activités :

Pour chacune des 6 questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Humeur

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

Capacité à marcher

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

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

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

Relation avec les autres

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

Sommeil

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

Goût de vivre

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

Somme des 7 questions : ____

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

A	Battements	_____	E	Tiraillement	_____	K	Nauséuse	_____
	Pulsations	_____		Etirement	_____		Suffocante	_____
	Elancements	_____		Distension	_____		Syncopale	_____
	En éclaires	_____		Déchirure	_____	L	Inquiétante	_____
	Décharges électriques	_____		Torsion	_____		Opressante	_____
	Coup de marteau	_____					Angoissante	_____
B	Rayonnante	_____	F	Chaleur	_____	M	Harcelante	_____
	Irradiante	_____		Brûlure	_____		Obsédante	_____
C	Piqûre	_____	G	Froid	_____		Cruelle	_____
	Coupure	_____		Glace	_____		Torturante	_____
	Pénétrante	_____	H	Picotements	_____	N	Gênante	_____
	Transperçant	_____		Fourmillements	_____		Désagréable	_____
Coup de poignard	_____	Démangeaisons		_____	Pénible		_____	
					Insupportable		_____	
D	Pincement	_____	I	Engourdissement	_____	O	Enervante	_____
	Serrement	_____		Lourdeur	_____		Exaspérante	_____
	Compression	_____		Sourde	_____		Horripilante	_____
	Ecrasement	_____	J	Fatigante	_____	P	Déprimante	_____
	En étai	_____		Epuisante	_____		suicidaire	_____
	Broiement	_____						

Retentissement sur l'humeur

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouverez, il pourra vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris les questions 16 et 18.

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1a Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3c Je dors presque toute la journée.
- 3c Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Somme des 21 questions : _____