



DEMANDE DE CONSULTATION DOULEUR

Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

Département Douleur, Psychosomatique et Maladie Fonctionnelle
Pôle Cliniques Médicales - Hôpital Saint-Eloi - CHU de Montpellier
80 avenue Augustin Fliche - 34090 Montpellier
Tel : 04 67 33 78 47 Fax : 04 67 33 76 19
Mail : centredouleur@chu-montpellier.fr

MODALITES A SUIVRE POUR BENEFICIER D'UNE CONSULTATION AU CENTRE D'EVALUATION ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR (CETD) DU CHU DE MONTPELLIER

Pour votre demande de rendez-vous au CETD du CHU de Montpellier nous vous demandons de nous envoyer un **dossier complet** avec :

1. **Un courrier du médecin** souhaitant vous adresser au CETD
2. **Ce formulaire** qui est composé de **2 parties** :
 - **Partie A** : renseignements administratifs
 - **Partie B** : auto-évaluation de votre douleur et de son retentissement global dans votre vie

Vous pourrez ainsi renvoyer le **dossier complet** (courrier médical et formulaire complété) par **e-mail**, par **fax** ou par **voie postale** aux coordonnées ci-dessus.

A la réception du dossier complet par le secrétariat, la demande de consultation sera étudiée par l'équipe médicale et une date de rendez-vous vous sera communiquée. Certaines pathologies douloureuses en cancérologie ou certains types de céphalées (névralgies du trijumeau, algies vasculaires de la face) seront prises en soin **en priorité**. Pour les autres types de douleurs chroniques, les délais d'attente peuvent varier de 3 à 6 mois.

Devant ces délais, **nous ne sommes malheureusement pas en mesure de prendre en charge les patients qui disposent d'une structure douleur chronique de proximité**, vous trouverez les différentes structures d'Occitanie via le lien suivant : <https://urlz.fr/kWyd>

PARTIE A : Renseignements administratifs

- **Nom :**
- **Prénom :**
- **Date de naissance :**
- **Adresse :**

- **Téléphone :**
- **Mail :**

Nom et prénom du médecin traitant :

Bénéficiez-vous d'un suivi avec un médecin psychiatre ? NON OUI

Nom et prénom du médecin psychiatre :

Bénéficiez-vous d'une ALD ? NON

OUI : ALD 30, ALD Hors Liste ALD Non

Exonérante

Si oui, pour quelle(s) pathologie(s) :
.....

➤ **Situation de Famille :** Célibataire Vie en couple

Nombre d'enfants :	Dates de naissance des enfants :			

Votre profession : Profession du conjoint :

Loisirs :
.....

➤ **Situation socio-professionnelle :**

En activité Au chômage Au RSA Retraité Autre

En arrêt de travail :

Maladie ordinaire, depuis quelle date ?

Accident du travail ou de maladie professionnelle, depuis quelle date ?

Longue maladie, ou maladie longue durée, depuis quelle date ?

En invalidité : Avec pension d'invalidité I de la Sécurité Sociale

Avec pension d'invalidité II de la Sécurité sociale

Avec Allocation Adulte Handicapé (AAH)

Aucune pension d'invalidité

Autre

PARTIE B : Evaluation de votre douleur

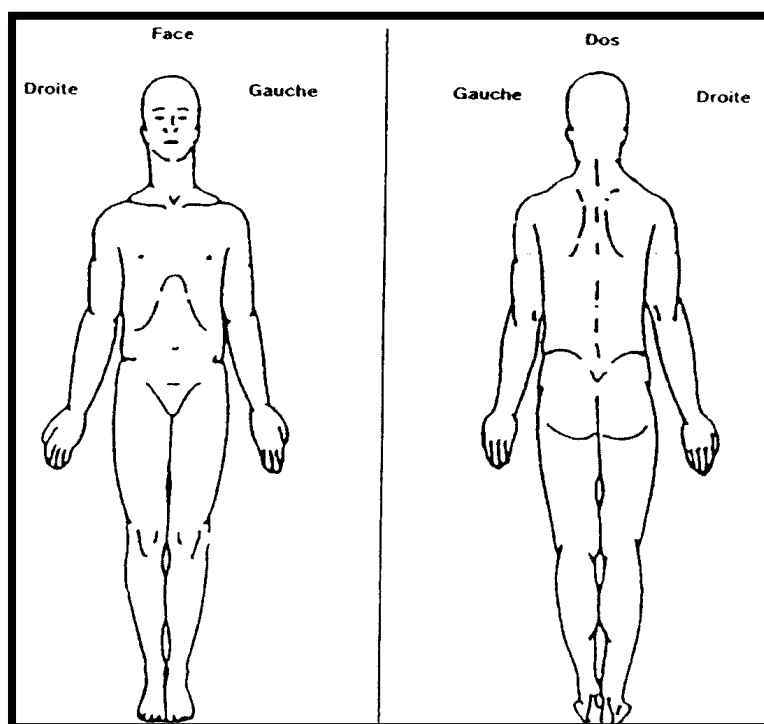
Les questionnaires suivants d'évaluer au mieux votre douleur et ses conséquences globales, merci de les remplir avec attention. Ces informations feront partie de votre dossier médical.

➤ **QUESTIONNAIRE BPI adapté :**

1/ Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents) : au cours des huit derniers jours avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

Oui Non

2/ Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone.



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

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

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

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

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

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

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

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

7/ Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

.....

.....

.....

8/ 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 ?

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %	
Aucune amélioration											Amélioration complète

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

	0 (Aucune gêne)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Gêne extrême)
Activité général	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Humeur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Capacité à marcher	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Travail habituel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relation aux autres	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sommeil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Goût de vivre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vie de couple	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexualité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10/ Avez-vous vous même trouvé des astuces pour atténuer votre douleur ?

Non Oui Si oui, lesquelles :

.....
.....

11/ Quels outils ou techniques aimeriez-vous découvrir ou acquérir pour mieux cohabiter avec la douleur ?

.....
.....

12/ Quels sont vos activités lorsque votre douleur est moins pire ?

.....
.....

13/ Quels changements vont se produire quand votre douleur sera atténuée ?

.....
.....

14/ Qu'attendez-vous de cette consultation d'évaluation de votre douleur ?

.....
.....

➤ **QUESTIONNAIRE FIRST** : Vous souffrez de **douleurs articulaires, musculaires ou tendineuses depuis au moins 3 mois**. Complétez ce questionnaire en répondant par oui ou par non.

	OUI	NON
Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps.		
Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente et très gênante.		
Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes.		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales comme des fourmillements, des picotements ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps.		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes.		
Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti.		

- **QUESTIONNAIRE EPICES simplifié** : il permet d'estimer si vous traversez une période de vulnérabilité sociale, en effet parfois la douleur peut avoir un impact social important.

	OUI	NON
1. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	1	0
2. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	0	1
3. Vivez-vous en couple ?	0	1
4. Etes-vous propriétaire de votre logement ?	0	1
5. Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	1	0
6. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	0	1
7. Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	0	1
8. Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	0	1
9. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	0	1
10. En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	0	1
11. En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	0	1

- **QUESTIONNAIRE HAD** : Veuillez cocher les items qui correspondent le mieux à ce que vous avez éprouvé sur le plan émotionnel au cours de **la semaine** qui vient de s'écouler

	Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :
3	La plupart du temps
2	Souvent
1	De temps en temps
0	Jamais
	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
0	Oui, tout autant
1	Pas autant
2	Un peu seulement
3	Presque plus
	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
3	Oui, très nettement
2	Oui, mais ce n'est pas grave
1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0	Pas du tout
	Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
0	Autant que par le passé
1	Plus autant qu'avant
2	Vraiment moins qu'avant
3	Plus du tout
	Je me fais du souci :
3	Très souvent
2	Assez souvent
1	Occasionnellement
0	Très occasionnellement

	Je suis de bonne humeur :
3	Jamais
2	Rarement
1	Assez souvent
0	La plupart du temps
	Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :
0	Oui, quoi qu'il arrive
1	Oui, en général
2	Rarement
3	Jamais
	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
3	Presque toujours
2	Très souvent
1	Parfois
0	Jamais
	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
0	Jamais
1	Parfois
2	Assez souvent
3	Très souvent
	Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3	Plus du tout
2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0	J'y prête autant d'attention que par le passé
	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
3	Oui, c'est tout à fait le cas
2	Un peu
1	Pas tellement
0	Pas du tout
	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
0	Autant qu'auparavant
1	Un peu moins qu'avant
2	Bien moins qu'avant
3	Presque jamais
	J'éprouve des sensations soudaines de panique :
3	Vraiment très souvent
2	Assez souvent
1	Pas très souvent
0	Jamais
	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :
0	Souvent
1	Parfois
2	Rarement
3	Très rarement