

**DEMANDE D'AVIS OU DE PRISE EN CHARGE
 PAR LE CENTRE DE LA DOULEUR CHRONIQUE**

**CENTRE
 DE LA DOULEUR
 CHRONIQUE ADULTE**

Suivi interne

LA Q
 R le S Info
 Dr PL-VN-PC-SM-MR
 Inf VL
 Ergo Kiné

Secrétariat
 04 355 40 80

Médecins algologues
 Dr P. Cornet
 Dr P. Leclercq
 Dr S. Moureau
 Dr V. Ninane
 Dr M. Raaf

Psychologue
 V. Lemaire

Assistante sociale
 S. Olivier

Kinésithérapeute
 E. Bonnarens

Ergothérapeute
 E. Piccard

Infirmières algologues
 V. Boever
 S. Nagelmackers
 04 355 40 80

Dans un souci de meilleures efficacité et qualité, nous vous demandons de remplir ce questionnaire. Celui-ci nous permettra de mieux vous orienter et éventuellement d'être suivi(e) par l'équipe multidisciplinaire de la douleur chronique.

Réservé au centre de la douleur – RDV(s) à prévoir

<input type="checkbox"/> Séance d'information	<input type="checkbox"/> Acte(s) technique(s) (à préciser SVP)
<input type="checkbox"/> RDV médical	<input type="checkbox"/> sous scopie <input type="checkbox"/> sous écho
<input type="checkbox"/> Infirmière
<input type="checkbox"/> Psychologue
<input type="checkbox"/> Assistante sociale
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute
<input type="checkbox"/> Réunion pluridisciplinaire
<input type="checkbox"/> Autres :
.....

Clinique CHC MontLégia
 bd Patience et Beaujonc 2
 B-4000 Liège

CHC.be

Notre hôpital est membre
 du réseau de santé



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone ou GSM :

Mail :

A remplir par le patient

Renseignements généraux :

► **Situation familiale :**

marié(e) cohabitant(e) célibataire veuf/veuve divorcé(e)

Composition du ménage :

Vos enfants		Si famille recomposée, Autres enfants	
sexe	âge	sexe	âge
Autre(s) et lien(s) de parenté :			

Animaux à charge :

► **Habitat :**

maison bungalow appartement jardin autre :

► **Situation professionnelle :**

Formation de base :

Profession :

Temps de travail :

Travaillez-vous pour le moment ? OUI NON

Si oui : ■ temps de travail actuel ? :

■ aménagement dans le travail OUI NON

■ si oui, lequel ? :

Si non : - incapacité de travail depuis ?

- invalidité depuis ?

- chômage depuis le ?

- indemnité(s) perçue ? OUI NON :

mutuelle assurance

autres :

► **Loisirs :**

Avez-vous des loisirs ? OUI NON

Si oui lesquels et à quel rythme ?

► **Sport(s) :**

Pratiquez-vous un sport ? : OUI NON

Si oui lequel et à quel rythme ?

► **Activité(s) quotidienne(s) :**

Quelles sont vos activités habituelles ? :

Avez-vous besoin d'aide ? OUI NON

Si oui, pour quelle(s) activité(s) ?

► **Sommeil :**

Très bon Bon Satisfaisant Mauvais Très mauvais

Avez-vous des difficultés pour vous endormir ? OUI NON

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Vous réveillez-vous la nuit ? OUI NON : fréquence ? X par nuit

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Avez-vous des difficultés à vous rendormir ? OUI NON

Vous sentez-vous fatigué(e) la journée ? OUI NON

Dès le réveil ? OUI NON

Prenez-vous des temps de repos la journée ? OUI NON

Si oui, durée ? et fréquence ? X par jour

Avez-vous le sentiment d'avoir un sommeil récupérateur ? OUI NON

► **Vie sociale :**

Quelle est votre vie sociale actuelle ?

La famille les amis les collègues autres :

► **Cognitif :**

Avez-vous des problèmes de mémoire ? OUI NON

Avez-vous des problèmes de concentration ? OUI NON

► **Autres :**

Tabac ? OUI NON Fréquence : X par jour

Alcool ? OUI NON

Autres :

► La douleur a-t-elle modifié votre vie au quotidien ? OUI NON

.....
.....

Renseignements sur la douleur :

Qu'est-ce qui vous a motivé à consulter notre centre ?

.....
.....

Avez-vous déjà consulté d'autres centres ? OUI NON

Depuis quand avez-vous mal ?

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

A votre avis, quelle est la cause de vos douleurs ?

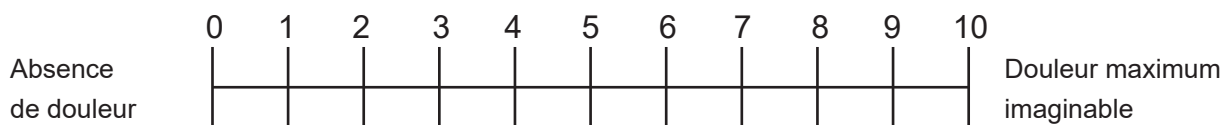
.....
.....
.....

Durée de la douleur (cochez la ou les bonnes réponses) :

- Les douleurs sont présentes tout le temps jour nuit
- Les douleurs sont intermittentes (les douleurs parfois présentes, parfois absentes).
- Ce sont des crises douloureuses qui surviennent fois par jour, fois par semaine et durent minutes, heures.
- Les douleurs sont migrantes (douleurs qui se déplacent à des endroits différents).

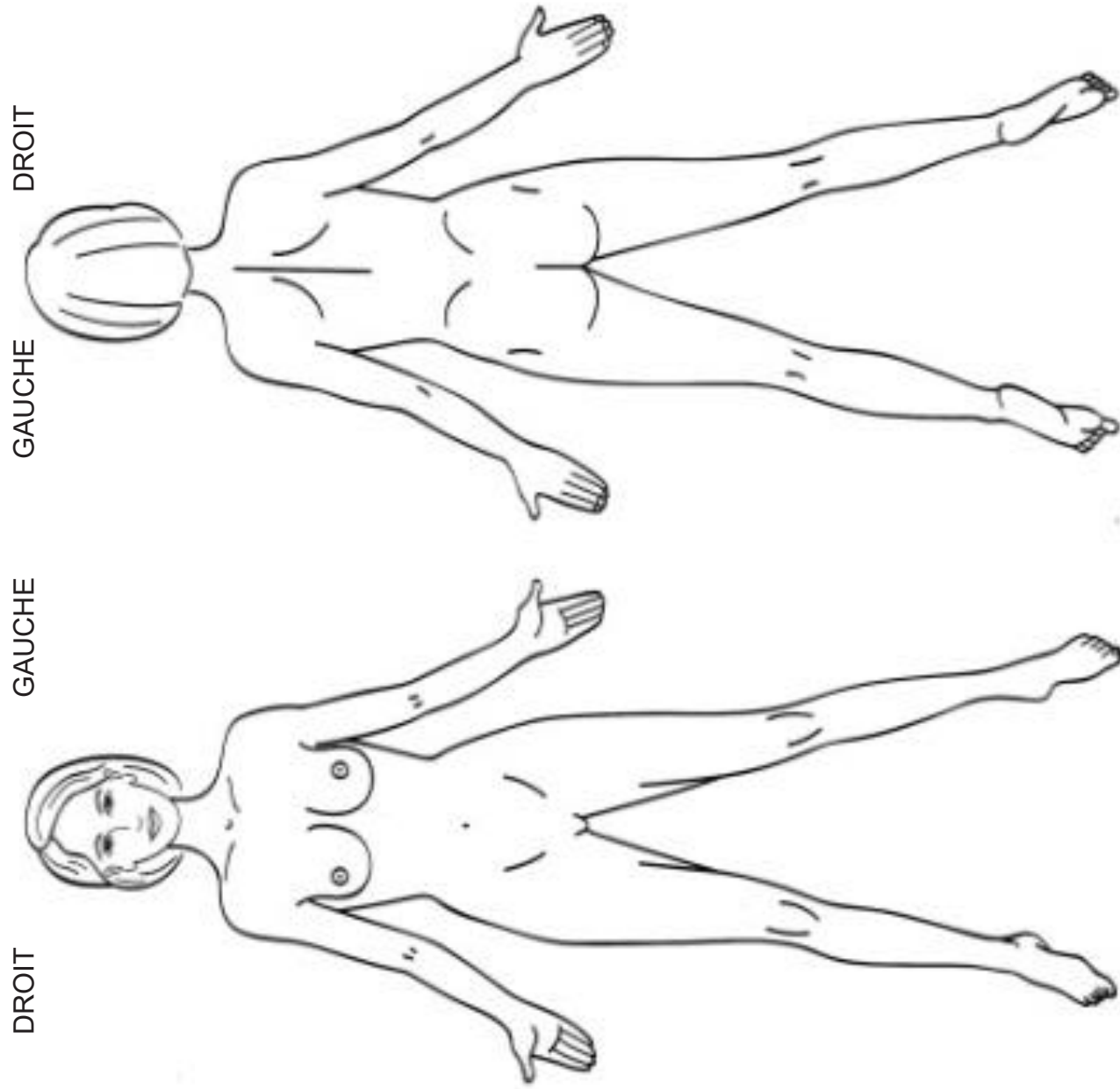
Intensité de la douleur :

Pouvez-vous cocher l'intensité de votre douleur sur la ligne ci-dessous :



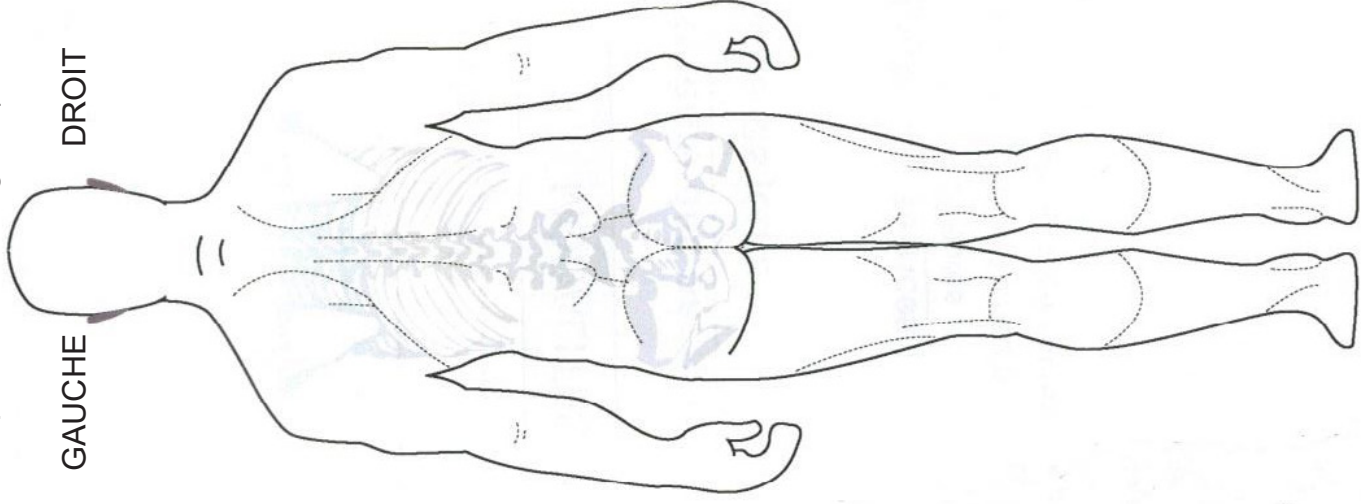
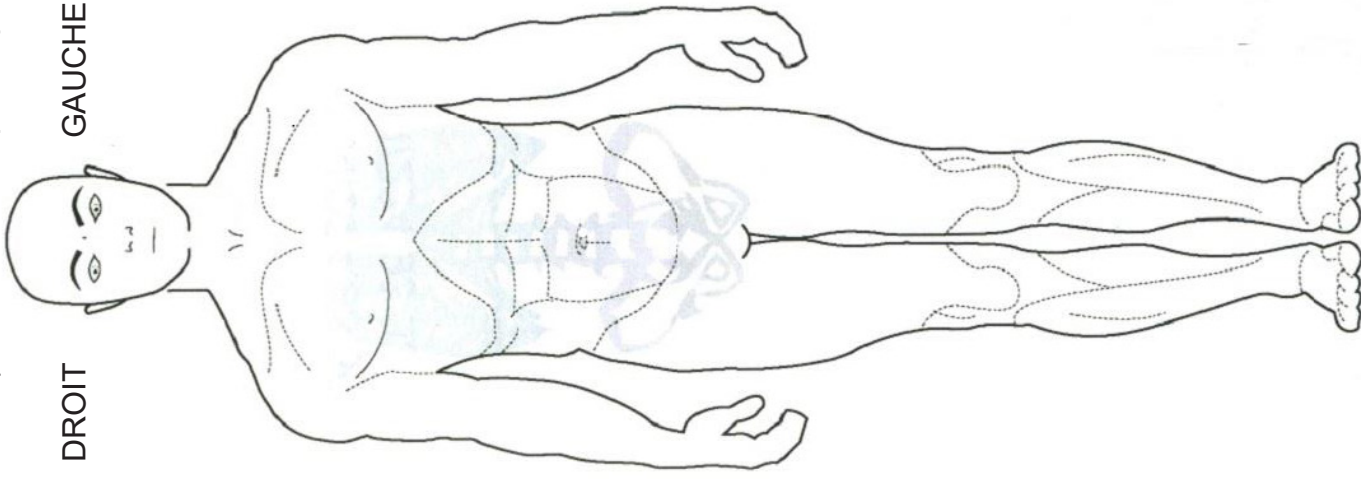
Indiquez sur ce schéma FÉMININ la localisation de vos douleurs de vos douleurs en hachurant les zones douloureuses

(Le schéma masculin se trouve sur la page suivante. Merci de ne compléter que le schéma correspondant à votre genre).



Indiquez sur ce schéma MASCULIN la localisation de vos douleurs en hachurant les zones douloureuses

(Merci de ne compléter que le schéma correspondant à votre genre).



Cochez les qualificatifs correspondant à votre douleur dans ce tableau :

<input type="checkbox"/> Pincement	<input type="checkbox"/> Lourdeur	<input type="checkbox"/> Coup de marteau	<input type="checkbox"/> Courbature	<input type="checkbox"/> Battement
<input type="checkbox"/> Piqûre	<input type="checkbox"/> Déchirure	<input type="checkbox"/> Étau	<input type="checkbox"/> Fourmillements	<input type="checkbox"/> Picotements
<input type="checkbox"/> Brûlure	<input type="checkbox"/> Engourdissement	<input type="checkbox"/> Décharges électriques	<input type="checkbox"/> Douleur provoquée ou augmentée par le frottement (vêtement ou drap de lit qui provoque de la douleur)	
<input type="checkbox"/> Froid douloureux	<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/> Perte de sensibilité au toucher		
<input type="checkbox"/> Autres termes :				

Cochez les symptômes qui vous correspondent :

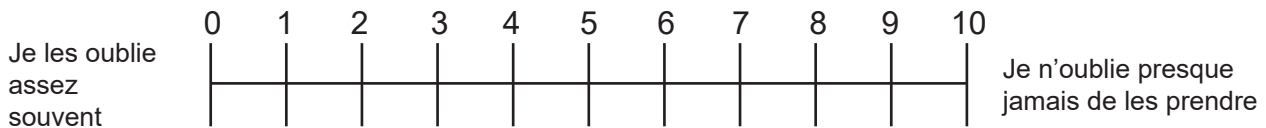
<input type="checkbox"/> Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire
<input type="checkbox"/> Douleurs/ crampes abdominales	<input type="checkbox"/> Douleurs/brûlant à l'estomac
<input type="checkbox"/> Douleurs dans la poitrine	<input type="checkbox"/> Bouche sèche
<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/> Vomissements
<input type="checkbox"/> Diarrhées	<input type="checkbox"/> Constipation
<input type="checkbox"/> Ballonnements	<input type="checkbox"/> Fièvre
<input type="checkbox"/> Mal de tête	<input type="checkbox"/> Vertiges
<input type="checkbox"/> Insomnie	<input type="checkbox"/> Dépression
<input type="checkbox"/> Nervosité	<input type="checkbox"/> Perte d'appétit
<input type="checkbox"/> Engourdissement/picotements	<input type="checkbox"/> Démangeaisons
<input type="checkbox"/> Urticaire/traces cutanées	<input type="checkbox"/> Rougeur
<input type="checkbox"/> Eruptions cutanées	<input type="checkbox"/> Sensibilité au soleil
<input type="checkbox"/> Vision floue	<input type="checkbox"/> Audition difficile
<input type="checkbox"/> Sifflement dans les oreilles	<input type="checkbox"/> Aphtes
<input type="checkbox"/> Essoufflement	<input type="checkbox"/> Respiration sifflante
<input type="checkbox"/> Yeux secs	<input type="checkbox"/> Perte ou changement du goût
<input type="checkbox"/> Tendance à avoir des bleus	<input type="checkbox"/> Perte de cheveux
<input type="checkbox"/> Besoin fréquent d'uriner	<input type="checkbox"/> Urgence urinaire
<input type="checkbox"/> Somnolence	

A évaluer entre 0 et 3 (0 = jamais – 1 = parfois – 2 = régulièrement – 3 = très souvent) :

Troubles de la mémoire et de la concentration	0 - 1 - 2 - 3
Fatigue	0 - 1 - 2 - 3
Sommeil non récupérateur	0 - 1 - 2 - 3

Votre traitement :**► Notez TOUS les médicaments que vous prenez :**

Nom du médicament	Dosage	x/jour	Indication

► Concernant la prise de mes médicaments :

Ce matin, je les ai pris ? OUI NON

■ En cas de crise douloureuse, je sais quels médicaments prendre ?

OUI NON

Le ou lesquels ?

■ Cochez les traitements non médicamenteux en cours :

kinésithérapie

acupuncture

ostéopathie

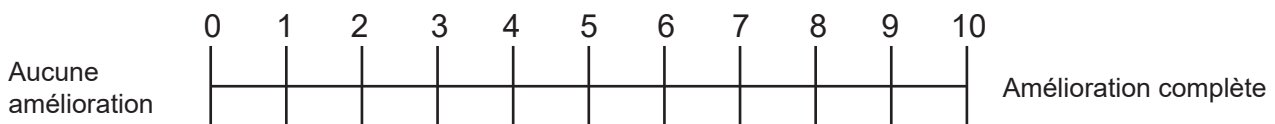
relaxation – hypnose ou sophrologie

mésothérapie

balnéothérapie

.....

■ Ce mois-ci, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration ?



Dans la vie de tous les jours :

1. Ma santé en général



M'occuper de ma santé, c'est :



Faire appel à mon entourage pour ma santé c'est :

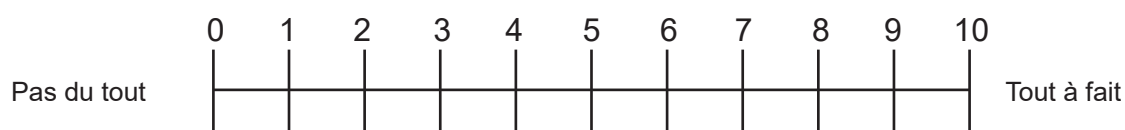


Mes connaissances des mécanismes de ma douleur :



2. Mon travail

Je me sens bien dans mon travail :



3. Ma détente

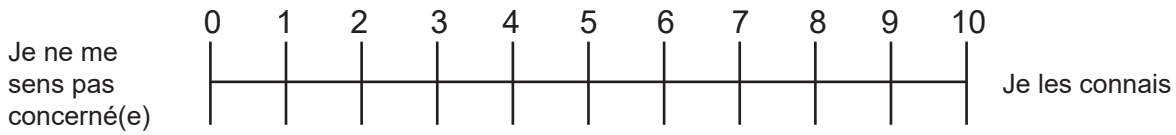


Garder le moral, avoir des temps agréables :

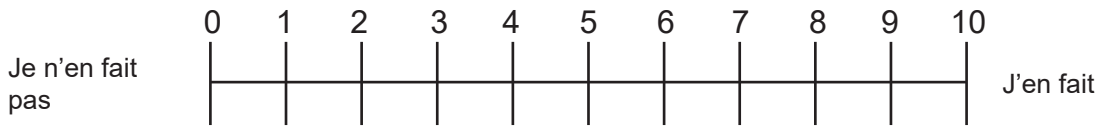


4. Mes activités

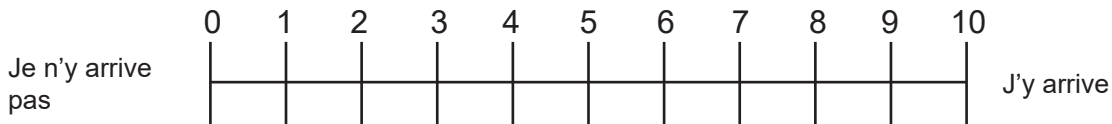
Les conseils de mon kinésithérapeute :



La pratique d'une activité physique régulière (marche, etc.) :



Faire des pauses, fractionner mon activité :



Que pensez-vous de votre situation et qu'attendez-vous de notre équipe ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir complété ce document. Pouvez-vous le renvoyer à l'adresse suivante :

Clinique CHC MontLégia

Centre de la douleur chronique

Bd Patience et Beaujonc, 2

B-4000 Liège

A remplir par le médecin demandeur

Coordonnées du médecin traitant :

Nom, prénom : Cachet :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

Coordonnées du médecin spécialiste :

Nom, prénom : Cachet :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

1) Antécédents (précisez les dates) :

Médicaux :
.....
.....
.....
.....
.....

Chirurgicaux :
.....
.....
.....
.....
.....

2) Description des problèmes douloureux :

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

3) Examens complémentaires et avis réalisés : inscrivez-vous au Réseau de Santé Wallon ¹¹ ou joignez une copie des examens et avis complémentaires réalisés hors Groupe santé CHC :

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

4) Traitement :

Traitement en cours :

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

Traitement(s) non supporté(s) :

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

5) Pouvez-vous préciser la demande ?

- Prise en charge pluridisciplinaire
- Avis
- Autres (technique algologique, infiltration, Tens, radiofréquence...)

Commentaires :

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

Date et signature :