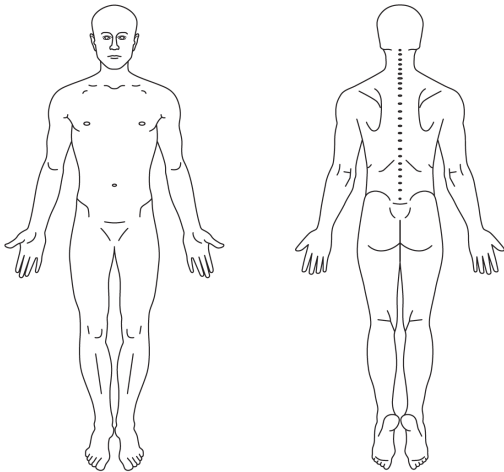


Qu'est ce que j'attends des séances ?



Où ai-je mal après le traitement ?



Quelle est son intensité ? (placez une marque)

pas de douleur



Pire douleur imaginable

Est-ce que mes buts ont été atteints ?

NE PAS REMPLIR SVP

Diagnostic: _____

Médecin: _____

Nombre de séances: _____

Quelle est la suite du traitement ?

- nouvelle série de séances retour chez le médecin
 examens complémentaires changement de thérapeute

autres: _____

Dates et résultats des examens:

- Rx IRM Scanner Echographie aucun

Médicaments:



Questionnaire créé dans le cadre du CAS douleur de la HEVS (2016-2017)
basé sur les questionnaires:
St-Antoine (QDSA), Mc Gill, DN4, Edmonton (ESAS), ligue contre le cancer, Doloplus 2
et sur les sites:
réseau douleur des HUG, centre anti-douleur à Lausanne, société Suisse pour l'étude
de la douleur, international association for the study of pain, association Québécoise
de la douleur chronique, société française d'étude et de traitements de la douleur

© Thérapie de la Tourelle - 2018

PARLEZ-NOUS DE VOTRE DOULEUR



2-4 ch de la Tourelle
1209 GENÈVE
TEL: +41 22 300 66 66

secretariat@therapiedelatourelle.ch
www.therapiedelatourelle.ch

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____ Age: _____

Profession: _____

salarié indépendant sans emploi

En arrêt ? non oui depuis: _____

Depuis quand ai-je mal ? _____

Est-ce la première fois ? oui non combien ? _____

Comment est apparue ma douleur ?

brutalement progressivement spontanément

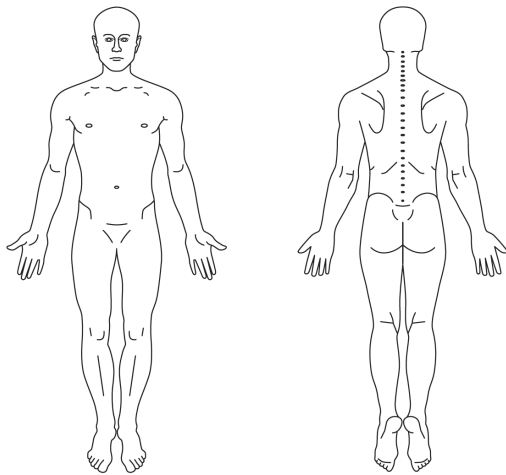
Quelle est l'origine de ma douleur ?

un accident une maladie une opération

une chute le travail inconnu

autres: _____

Où ai-je mal ? (indiquez les zones de douleur et irradiations)



A quoi ressemble ma douleur ?

battements transperçante en étau
 fourmillements inquiétante énervante
 hématome courbatures pulsations
 déchirure étirement sourde
 piqûre décharge électrique pincement
 tiraillement coup de poignard brûlures

autres: _____

Comment est ma douleur ?

superficielle profonde
 chronique aiguë

Quelle est son intensité ? (placez une marque)

pas de douleur [] **Pire douleur imaginable**

Quels contextes influencent son intensité ?

situations augmentant la douleur ?

position mouvement stress
 chaud froid repos
 travail activité / sport fatigue

autres: _____

situations diminuant la douleur ?

position mouvement relaxation
 chaud froid repos
 travail activité / sport médicaments

autres: _____

Quand ma douleur est-elle présente ?

au réveil le matin à midi
 l'après-midi le soir la nuit
 à tout moment

Quelle est la durée de la douleur ?

fugace plusieurs minutes
 plusieurs heures constante

Y a-t-il une position non douloureuse? (antalgique)

pas de position occasionnelle
 permanente et efficace permanente inefficace

laquelle ?

debout assis couché autres

description:

[]

Quelles thérapies ai-je faites auparavant ?

physiothérapie ostéopathie acupuncture
 massage groupe douleur chiropraticien
 hypnose méditation aucune

autres: _____

Quelle est ma situation familiale ?

célibataire marié séparé
 divorcé veuf concubinage

autres: _____

La douleur a-t-elle des répercussions sur ?

mon appétit mes hobbies ma mobilité
 mon sommeil mon moral mon travail
 ma forme mes relations ma vie de famille
physique avec les proches
 mon couple

autres: _____

Qualité de mon sommeil ?

normal réveils fréquents
 réveillé par la douleur fatigue matinale
 insomnies réveil matinal difficile
 difficultés d'endormissement

autres: _____

Nombre d'heures de sommeil: _____ h (moyenne)

Comment se déroule ma digestion ?

normale nausée manque d'appétit
 constipation ballonnement diarrhée
 renvois douleur

autres: _____

Quel est mon état actuel ?

anxieux angoissé énérvé
 paniqué inquiet-soucieux stressé
 déprimé triste colère
 détendu calme

autres: _____

Comment est-ce que je me sens ? (placez une marque)

Très bien [] **Très mal**

Avec quels paramètres ne suis-je pas satisfait au niveau professionnel ?

mes collègues ma hiérarchie ma direction
 évolution de carrière mes habitudes de travail mon salaire

autres: _____