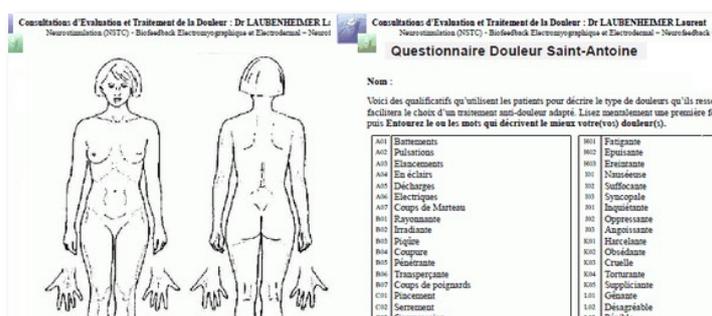




Préparer sa consultation  
Questionnaires autoremplissables

# Évaluation multifactorielle de la Douleur chronique

Schéma anatomique, Questionnaire Dououreux Saint-antoine,  
DN4, First, ASRS, HAD



**NOM Prénom :**

**Né(e) le :**

**Date du test:**

Page 2 : Dessin étendue des douleurs sur schéma anatomique

Page 3 : Composante sensorielle : items descriptifs des douleurs, questionnaire DN4

Page 4 : Composante comportementale : questions ouvertes, questionnaire FIRST

Page 5 : Régulation : dépistage trouble déficitaire de l'attention chez l'adulte, ASRS v1.1

Page 6 : Retentissement Echelle HAD

## **INFORMATIONS:**

La douleur est un signal d'alerte. Si elle perdure, elle retentit sur l'ensemble du cerveau et perturbe plusieurs dimensions du sujet (physiologie, capacités fonctionnelles, sommeil, émotions, élan vital etc...). Ce questionnaire a pour but d'aider votre médecin à définir une stratégie thérapeutique adaptée à votre situation.

Remplissez ce document avec soin, à tête reposée. Certaines parties de ce document seront complétées pendant la consultation par le médecin de la douleur pour commentaires ou transmissions à votre médecin traitant. Puis, déposez ce pdf dans votre compte sécurisé Doctolib. A défaut, il est possible de l'imprimer puis de le remplir manuellement.

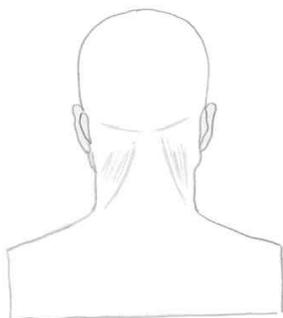
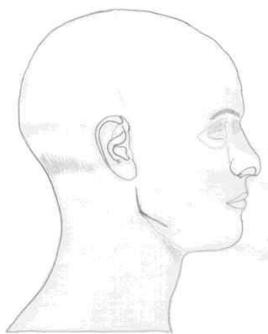
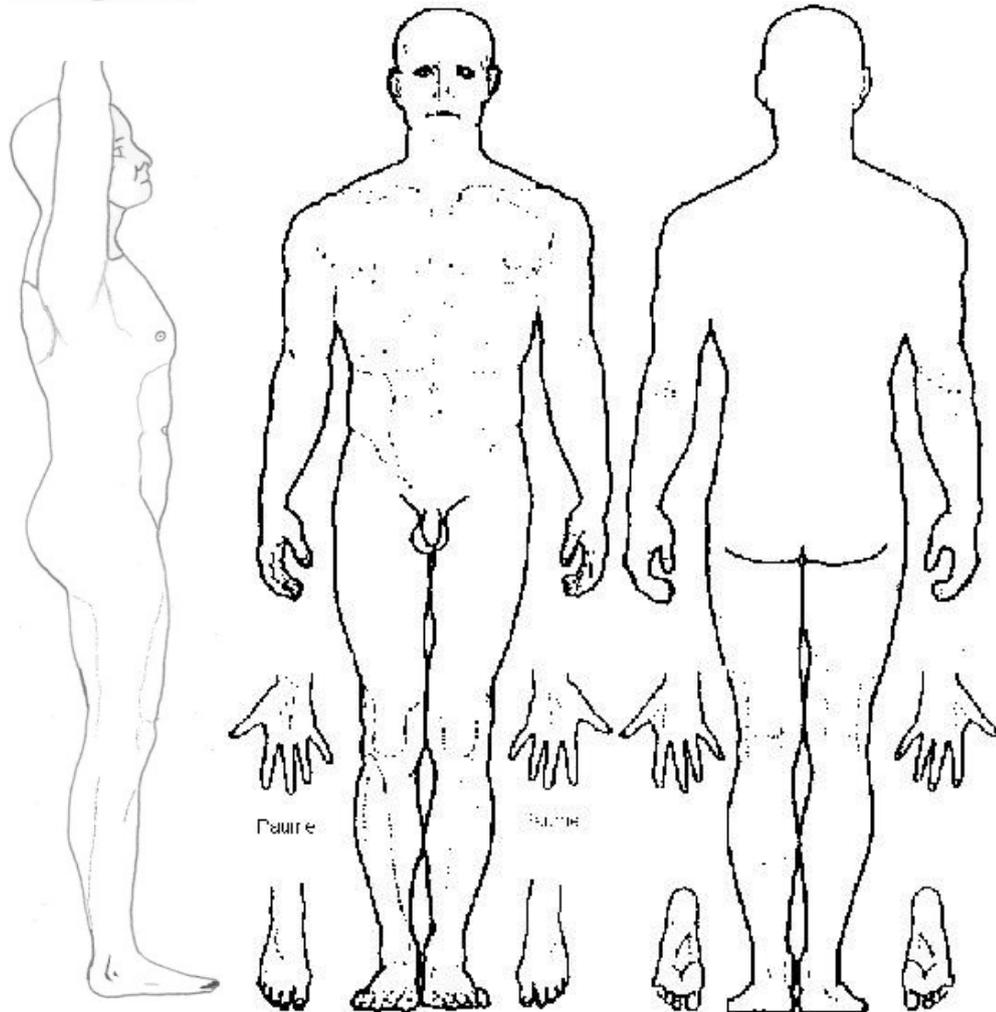
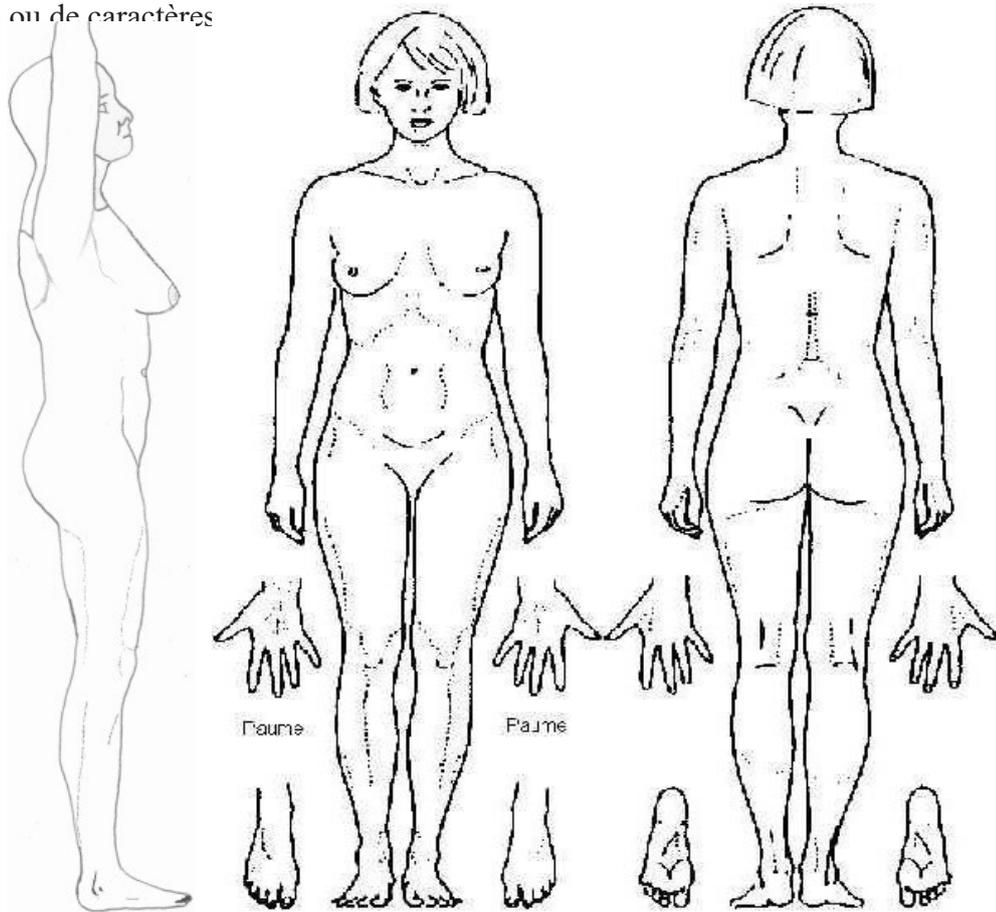
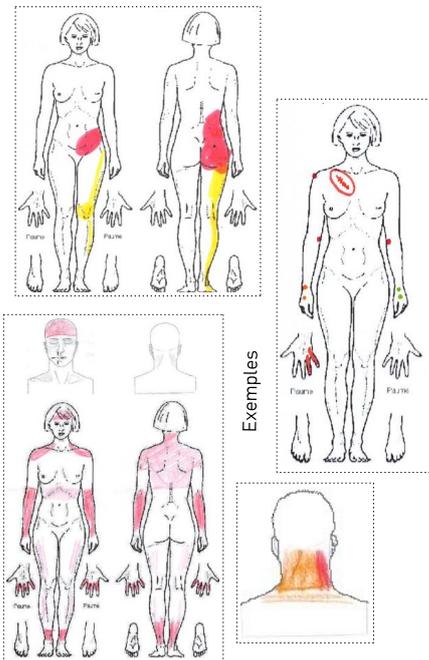
Ce questionnaire au format .pdf est facilement remplissable depuis un ordinateur. **Pour profiter des calculs automatiques, activez le Javascript dans le menu options ou préférence de votre logiciel de lecture de fichier .pdf**. Utilisez le logiciel [Adobe Reader Gratuit](#) ou équivalent.



**NOM Prénom :**

**Date :**

Dessinez *le plus précisément possible*, l'endroit, l'étendue (surface) de vos douleurs. Colorier ou crayonner plus ou moins fort selon l'intensité des zones douloureuses. Utilisez des couleurs différentes pour distinguer des douleurs d'intensités ou de caractères





**NOM Prénom :**

**Date :**

**Sélectionnez la (les) description(s) qui décrivent le mieux votre douleur :**

- Ne disparaît jamais dans la journée (Continue)      Disparaît parfois dans la journée (Intermittente)  
 J'ai des décharges (3 secondes maximum)      M'empêche de dormir plus de 3 heures de suite  
 Elle est plus intense :    le matin      le soir      Au repos prolongé:    Présente      Absente

Voici des qualificatifs qu'utilisent les patients pour décrire le type de douleurs qu'ils ressentent. Cette grille facilitera le choix d'un traitement anti-douleur adapté. Lisez une fois l'ensemble des mots puis **Entourez/sélectionnez le ou les mots qui décrivent le mieux votre(vos) douleur(s).**

1. Composante sensori-discriminative:		2. Composante affective-émotionnelle :	
Battements	Déchirure		Fatigante
Pulsations	Torsion		Épuisante
Elancements	Arrachement		Ereintante
En éclairs	Chaleur/Brûlure		Nauséuse
Décharges	Glace		Suffocante
Electriques	Picotements		Syncopale
Coups de Marteau	Fourmillements		Inquiétante
Rayonnante	Démangeaisons		Oppressante
Irradiante	Engourdissement		Angoissante
Piqûre	Lourdeur		Harcelante
Coupure	Sourde		Obsédante
Pénétrante			Cruelle
Transperçante			Torturante
Coups de poignards			Supplicante
Pincement			Gênante
Serrement			Désagréable
Compression			Pénible
Ecrasement			Insupportable
En étai			Enervante
Broiement			Exaspérante
Tiraillement			Horripilante
Etirement			Déprimante
Distension			Suicidaire

QUESTIONNAIRE DN4		(A remplir par le médecin)	
<b>La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?</b>			
1. Brûlure.....		Oui	Non
2. Sensation de froid douloureux.....		Oui	Non
3. Décharges électriques.....		Oui	Non
<b>La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?</b>			
4. Fourmillements.....		Oui	Non
5. Picotements.....		Oui	Non
6. Engourdissements.....		Oui	Non
7. Démangeaisons.....		Oui	Non
<b>La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :</b>			
8. Hypoesthésie au tact.....		Oui	Non
9. Hypoesthésie à la piqûre.....		Oui	Non
<b>La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :</b>			
10. Le frottement.....		Oui	Non
Score > à 4/10. positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %) Bouhassira D et al. Pain 2004			<b>TOTAL:</b>



**NOM Prénom :**

**Date :**

**Intensité de votre douleur :** Tracez sur la ligne un trait vertical correspondant au niveau actuel de votre douleur

Absence de Douleur		Douleur maximale imaginable
--------------------	--	-----------------------------

**Qu'est ce qui augmente la douleur ?**

---

**Qu'est ce qui diminue la douleur ?**

---

**Quelles activités sont devenues impossibles ?**

---

**Quelles activités sont toujours possibles ?**

---

**Que faites vous quand vous avez mal ?**

---

**A quoi les autres peuvent-ils voir que vous avez mal ?**

---

**Qu'est ce qui a changé chez votre conjoint du fait de votre maladie ?**

---

**Quelle activité souhaitez vous reprendre avant tout ?**

---

**Questionnaire FiRST (Fibromyalgia Rapid Screening Tool)** Cochez ces items si vous pensez qu'ils s'appliquent à vos douleurs.

1. Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps.....	OUI	NON
2. Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente.....	OUI	NON
3. Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes....	OUI	NON
4. Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales comme des fourmillements, des picotements ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps.....	OUI	NON
5. 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.	OUI	NON
6. 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.....	OUI	NON

Score > 5 positif sensibilité de 90,5 %, spécificité de 85,7 %. Perrot S, Bouhassira D, Fermanian J. Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening tool (FiRST). Pain. 2010.

**TOTAL:**



# Questionnaire ASRS v1.1

## Adult ADHD Self-Report Scale

Échelle d'autoévaluation du trouble déficitaire de l'attention chez l'adulte

**NOM Prénom :**

**Date :**

Le dépistage du trouble déficitaire de l'attention de l'adulte (TDA/H) dans le contexte de la douleur chronique est essentiel car ces deux conditions partagent des mécanismes neurobiologiques communs. Le cortex cingulaire antérieur (CCA) et de l'insula sont des régions cérébrales cruciales pour la perception de la douleur et la régulation de l'attention. Dépister le TDA permet d'adapter les interventions thérapeutiques à visée antalgique.

### Partie A

Pour chacune des questions suivantes, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti et comment vous vous êtes comporté <b>au cours des 6 derniers mois</b> . Veuillez remettre le questionnaire rempli à votre médecin ou à un autre professionnel lors de votre prochain rendez-vous afin de discuter des résultats.	Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que les parties les plus stimulantes ont été faites?					
2. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire quelque chose qui demande de l'organisation?					
3. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler vos rendez-vous ou vos obligations?					
4. Quand vous devez faire quelque chose qui demande beaucoup de réflexion, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'éviter de le faire ou de le remettre à plus tard?					
5. À quelle fréquence vous arrive-t-il de remuer ou de tortiller les mains ou les pieds lorsque vous devez rester assis pendant une période prolongée?					
6. À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir excessivement actif et contraint de faire quelque chose, comme si vous étiez entraîné malgré vous par un moteur?					

**Référence :**

- Kessler, Adler, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS). *Psychological Medicine*, 35(2). et Kessler, Adler, et al. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int Jo of Methods in Psychiatric Research* 16(2)

**Si vous comptez quatre sélections ou plus dans les cases ombragées, merci de remplir la version complète du questionnaire ASRS ainsi que le WURS-25.**

[Télécharger le Questionnaire ASRS et WURS-25](#)



# ÉCHELLE HAD : Anxiété et Dépression

Hospital Anxiety and Depression Scale

**NOM Prénom :**

**Date :**

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre psychologue ou votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Lisez chaque série de questions puis cochez le bouton ou notez le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé **au cours de la semaine qui vient de s'écouler**. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

**1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :**

- La plupart du temps..... **3**
- Souvent..... **2**
- De temps en temps..... **1**
- Jamais..... **0**

**2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :**

- Oui, tout autant qu'avant..... **0**
- Pas autant..... **1**
- Un peu seulement..... **2**
- Presque plus..... **3**

**3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :**

- Oui, très nettement..... **3**
- Oui, mais ce n'est pas trop grave..... **2**
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas.... **1**
- Pas du tout..... **0**

**4. Je ris et vois le bon côté des choses :**

- Autant que par le passé..... **0**
- Plus autant qu'avant..... **1**
- Vraiment..... **2**
- Plus du tout..... **3**

**5. Je me fais du souci :**

- Très souvent..... **3**
- Assez souvent..... **2**
- Occasionnellement..... **1**
- Très occasionnellement..... **0**

**6. Je suis de bonne humeur :**

- Jamais..... **3**
- Rarement..... **2**
- Assez souvent..... **1**
- La plupart du temps..... **0**

**7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :**

- Oui, quoi qu'il arrive..... **0**
- Oui, en général..... **1**
- Rarement..... **2**
- Jamais..... **3**

**8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :**

- Presque toujours..... **3**
- Très souvent..... **2**
- Parfois..... **1**
- Jamais..... **0**

**9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :**

- Jamais..... **0**
- Parfois..... **1**
- Assez souvent..... **2**
- Très souvent..... **3**

**10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence:**

- Plus du tout..... **3**
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais **2**
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention. **1**
- J'y prête autant d'attention que par le passé..... **0**

**11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place:**

- Oui, c'est tout à fait le cas..... **3**
- Un peu..... **2**
- Pas tellement..... **1**
- Pas du tout..... **0**

**12. Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses :**

- Autant qu'avant..... **0**
- Un peu moins qu'avant..... **1**
- Bien moins qu'avant..... **2**
- Presque jamais..... **3**

**13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :**

- Vraiment très souvent..... **3**
- Assez souvent..... **2**
- Pas très souvent..... **1**
- Jamais..... **0**

**14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision :**

- Souvent..... **0**
- Parfois..... **1**
- Rarement..... **2**
- Très rarement..... **3**

**Score A :**

*Somme chiffres rouges  
 Questions impaires*

**Score D :**

*Somme chiffres noirs  
 Questions paires*