

## QUESTIONNAIRE DE BREST

### Des Polyalgies diffuses à la sensibilisation généralisée aux douleurs.

à renseigner avant la consultation avec le médecin

#### Informations générales

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Femme  Homme   
 Année de naissance : \_\_\_\_\_

Vos antécédents médicaux et chirurgicaux

Tous vos antécédents médicaux	Tous vos antécédents chirurgicaux	Les traitements déjà pris :
1- 2- 3- 4- 5- 6-	1- 2- 3- 4-	1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-
		<b>Pourquoi l'échec malgré les différents soins ?</b>

#### Tous vos traitements actuellement utilisés et leur posologie

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-

#### Signes neurologiques :

Livret patient : à renseigner pour faciliter la consultation avec le Médecin traitant.

Les consultations des douleurs chroniques rebelles :

**Brest** ([monique.audrezet@chu-brest.fr](mailto:monique.audrezet@chu-brest.fr)) 02 98 22 33 46 ;

**Lannion-Trestel** ([epotel@ch-lannion.fr](mailto:epotel@ch-lannion.fr)) 02 96 05 65 30 ;

**Carhaix** ([secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr](mailto:secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr)) 02 98 99 23 60.

<b>Actuellement, indiquez de 0 (absence) à 10 (intensité maximale) si vous ressentez : -noircir la case-</b>											
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<i><b>Raideurs</b></i>											
<i><b>Troubles du sommeil</b></i>											
<i><b>Brûlures</b></i>											
<i><b>Maux de tête en casque</b></i>											
<i><b>Difficultés à réfléchir, à vous concentrer.</b></i>											
<i><b>Sensation de froid douloureux</b></i>											
<i><b>Fourmillements dans tout le corps</b></i>											
<i><b>Picotements</b></i>											
<i><b>Engourdissements</b></i>											
<i><b>Démangeaisons</b></i>											
<i><b>Décharges électriques</b></i>											
<i><b>Douleurs au frottement ou gêne</b></i>											
<i><b>Douleurs dans la région temporomandibulaire (la mâchoire)</b></i>											
<i><b>Douleurs entre les épaules</b></i>											
<i><b>Douleurs dans le cou, à la nuque</b></i>											
<i><b>Fourmillements dans une main ou les deux</b></i>											
<i><b>Humeur triste</b></i>											
<i><b>Anxiété</b></i>											
<i><b>Troubles de la mémoire</b></i>											
<i><b>Troubles de la concentration</b></i>											
<i><b>Douleurs grosses articulations</b></i>											
<i><b>Douleurs au toucher</b></i>											
<i><b>Irritabilité</b></i>											
<i><b>Douleurs aux épaules</b></i>											
<i><b>Douleurs aux épaules et fourmillement des doigts des mains</b></i>											
<i><b>Douleurs des poignets et fourmillement des doigts des mains</b></i>											

Livret patient : à renseigner pour faciliter la consultation avec le Médecin traitant.

Les consultations des douleurs chroniques rebelles :

**Brest** ([monique.audrezet@chu-brest.fr](mailto:monique.audrezet@chu-brest.fr)) 02 98 22 33 46 ;

**Lannion-Trestel** ([epotel@ch-lannion.fr](mailto:epotel@ch-lannion.fr)) 02 96 05 65 30 ;

**Carhaix** ([secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr](mailto:secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr)) 02 98 99 23 60.

<b>DYSTONIE NEURO-AUTONOME</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<i>Difficultés respiratoires</i>		
<i>Episodes de battements rapides ou lents du cœur (palpitations)</i>		
<i>Contractures musculaires</i>		
<i>Hypotension orthostatique aux changements de position (maaises)</i>		
<i>Fourmillements au niveau du visage, des lèvres, de la bouche) et dans les membres</i>		
<i>Syndrome sec (bouche et yeux secs)</i>		
<i>Troubles de la sudation (pas de transpiration ou hypersudation du visage et du tronc)</i>		
<i>Troubles de la circulation sanguine cutanée avec marbrures ( Raynaud)</i>		
<i>Fatigue et sensation de malaise</i>		
<i>Sensations vertigineuses</i>		
<i>Trouble de l'accommodation et de la motilité pupillaire</i>		
<i>Troubles digestifs avec constipation, diarrhée, maux de ventre, ballonnements abdominaux.</i>		
<i>Troubles sexuels avec impuissance ou frigidité</i>		
<i>Troubles urinaires (incontinence ou rétention urinaire)</i>		

Livret patient : à renseigner pour faciliter la consultation avec le Médecin traitant.

Les consultations des douleurs chroniques rebelles :

**Brest** ([monique.audrezet@chu-brest.fr](mailto:monique.audrezet@chu-brest.fr)) 02 98 22 33 46 ;

**Lannion-Trestel** ([epotel@ch-lannion.fr](mailto:epotel@ch-lannion.fr)) 02 96 05 65 30 ;

**Carhaix** ([secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr](mailto:secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr)) 02 98 99 23 60.

## Evaluation du retentissement émotionnel des douleurs HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HAD)

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. Lisez chaque série de questions et entourez 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.

Entourer votre réponse

**A. Je me sens tendu ou énervé :**

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

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

0. Oui, tout autant
1. Pas autant
2. Un peu seulement
3. Presque plus

**A. 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 trop grave
1. Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0. Pas du tout

**D. 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

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

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

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

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

**A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sens décontracté :**

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

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

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

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

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

**D. 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 attention que par le passé

Livret patient : à renseigner pour faciliter la consultation avec le Médecin traitant.

Les consultations des douleurs chroniques rebelles :

**Brest** ([monique.audrezet@chu-brest.fr](mailto:monique.audrezet@chu-brest.fr)) 02 98 22 33 46 ;

**Lannion-Trestel** ([epotel@ch-lannion.fr](mailto:epotel@ch-lannion.fr)) 02 96 05 65 30 ;

**Carhaix** ([secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr](mailto:secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr)) 02 98 99 23 60.



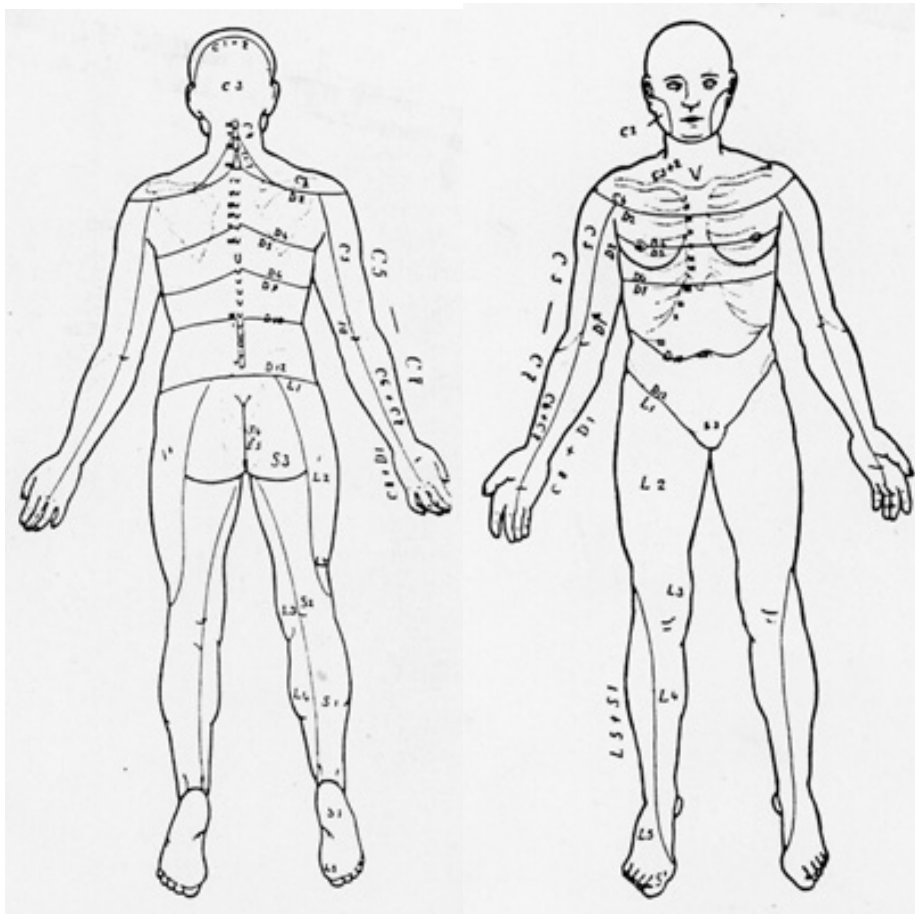
❑ Avez -vous mal uniquement dans une région précise ?

- ex :
- partie haute de votre corps,
  - en des points douloureux précis
  - partie inférieure de votre corps
  - autre (précisez) :

❑ Vous êtes soigné pour la thyroïde ? Si oui depuis combien d'années ?

### Schéma corporel :

Indiquez à l'aide d'un stylo les points douloureux et les zones précises concernées.



**Vous ne pouvez pas soigner toutes vos douleurs à la fois.**

**Indiquez sur le schéma -en 1, 2 et 3 - vos ordres de priorité pour les soins**

En un seul mot, désignez :

- (1) la région la plus douloureuse :
- (2) la région un peu moins douloureuse :
- (3) la région la moins douloureuse :

Livret patient : à renseigner pour faciliter la consultation avec le Médecin traitant.

Les consultations des douleurs chroniques rebelles :

**Brest** ([monique.audrezet@chu-brest.fr](mailto:monique.audrezet@chu-brest.fr)) 02 98 22 33 46 ;

**Lannion-Trestel** ([epotel@ch-lannion.fr](mailto:epotel@ch-lannion.fr)) 02 96 05 65 30 ;

**Carhaix** ([secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr](mailto:secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr)) 02 98 99 23 60.

## 2-IMPACT PSYCHOLOGIQUE DES DOULEURS

- ❑ **Votre attitude et votre comportement face aux douleurs :**
- ❑ **Pour vous soigner il est nécessaire d'avoir recours à un psychologue/psychiatre, êtes-vous prêt(e) à cette démarche ?**
- ❑ **Vous sentez-vous psychologiquement plus agressive qu'avant l'installation et l'évolution de la sensibilisation à la douleur ?**

**Les douleurs de la sensibilisation à la douleur-quelque soit la cause- ont une origine centrale (dysfonctionnement des neurotransmetteurs cérébraux). Par ailleurs, la sensibilisation à la douleur peut être due (ou s'accompagne) d'un état anxio-dépressif. Les soins auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue connaissant les problèmes des douleurs chroniques s'imposent. Qu'en pensez-vous ?**

## 3-FREQUENCE DES DOULEURS

**Depuis combien de mois vivez-vous avec des douleurs?**

**Histoire des douleurs pour lesquelles vous venez consulter (préciser avec des dates)**

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

## 4-Circonstances de vos douleurs :

	OUI	NON
<b>la nuit</b>		
<b>le jour</b>		
<b>dans les transports</b>		
<b>au repos</b>		
<b>à la mobilisation</b>		
<b>permanente</b>		
<b>intermittente</b>		
<b>Autre (précisez)</b>		

Livret patient : à renseigner pour faciliter la consultation avec le Médecin traitant.

Les consultations des douleurs chroniques rebelles :

**Brest** ([monique.audrezet@chu-brest.fr](mailto:monique.audrezet@chu-brest.fr)) 02 98 22 33 46 ;

**Lannion-Trestel** ([epotel@ch-lannion.fr](mailto:epotel@ch-lannion.fr)) 02 96 05 65 30 ;

**Carhaix** ([secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr](mailto:secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr)) 02 98 99 23 60.

## 5-INTENSITE DE VOS DOULEURS

**Intensité des douleurs en moyenne sur les dernières 24 heures :**

Indiquez par une croix sur cette échelle de 0 à 10 :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Pas de douleur**

**Douleur maximale imaginable**

	OUI	NON
variable d'un jour à l'autre		
variable pendant la journée		
douleurs aiguës imprévisibles		

## 6-LES SENSATIONS ACCOMPAGNANT VOS DOULEURS

□ **Description des localisations des douleurs (selon vous) :**

Douleurs musculaires	<b>oui</b>	<b>non</b>
Douleurs uniquement aux tendons	<b>oui</b>	<b>non</b>
Douleurs uniquement du tronc	<b>oui</b>	<b>non</b>
Sensation d'être paralysé	<b>oui</b>	<b>non</b>
Votre description avec vos mots :		

**Notez les autres symptômes que vous ressentez :**

**Souffrez-vous de :**

- **migraine**
- **des maux qui enserrant la tête, tous les jours ou presque**
- **ou des deux pathologies**

Livret patient : à renseigner pour faciliter la consultation avec le Médecin traitant.

Les consultations des douleurs chroniques rebelles :

**Brest** ([monique.audrezet@chu-brest.fr](mailto:monique.audrezet@chu-brest.fr)) 02 98 22 33 46 ;

**Lannion-Trestel** ([epotel@ch-lannion.fr](mailto:epotel@ch-lannion.fr)) 02 96 05 65 30 ;

**Carhaix** ([secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr](mailto:secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr)) 02 98 99 23 60.



## 7-FACTEURS INFLUENÇANT VOS DOULEURS

Stress	
Conflits	
Mauvais sommeil	
Remarques des autres (contrariétés)	
Refus des soins	
Non suivi des soins	
Attente d'un médicament miracle	
Autre (précisez)	

## 8-IMPACT DES DOULEURS SUR VOTRE QUALITE DE VIE

<b>Indiquez si les douleurs ont un impact sur :</b>	
Votre travail	
Le rendement au travail	
Votre vie familiale	
Vos relations	
Vos amis	
Vos activités personnelles	
Votre corps	
Votre vie psychique	
Vos facultés de concentration, de mémoire	
Autre (précisez)	

- Souhaitez- vous introduire un dossier d'invalidité ?**
- Impact des douleurs sur votre vie de tous les jours :**
- Avez-vous arrêté totalement votre travail ?**
- Etes- vous en arrêt de travail ?           depuis quelle date ?**

Livret patient : à renseigner pour faciliter la consultation avec le Médecin traitant.

Les consultations des douleurs chroniques rebelles :

**Brest** ([monique.audrezet@chu-brest.fr](mailto:monique.audrezet@chu-brest.fr)) 02 98 22 33 46 ;

**Lannion-Trestel** ([epotel@ch-lannion.fr](mailto:epotel@ch-lannion.fr)) 02 96 05 65 30 ;

**Carhaix** ([secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr](mailto:secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr)) 02 98 99 23 60.

## 9- VOTRE FATIGUE

- Fréquence de la fatigue :**
- Quotidienne ?**                    **oui**                    **non**
- Fatigue générale ?**            **oui**                    **non**
- Fatigue mentale ?**            **oui**                    **non**
- Fatigue physique ?**            **oui**                    **non**
- Fatigue au réveil ?**            **oui**                    **non**
- Quelle est la gêne la plus importante : la fatigue, la douleur, les deux ?**
  
- Evaluez votre fatigue sur échelle**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas de fatigue

Très grande fatigue

## 10-VOS TROUBLES DU SOMMEIL

- **Votre sommeil est :** - efficace                    - insuffisant                    - mauvais
- **Nombre de nuits avec mauvais sommeil sur un mois :**
- **Comment évaluez-vous la qualité de votre sommeil ?**
  
- **Êtes-vous soigné pour un syndrome métabolique ?**
  - diabète ?
  - troubles du cholestérol et des triglycérides ?

## 11- VOUS ET VOS DOULEURS

- Selon vous, pourquoi vos douleurs sont-elles liées à la sensibilisation à la douleur et pas à une autre affection ?**
  
- Quel est votre projet thérapeutique ?**
  
- Etes- vous satisfaite de vous prendre en charge pour vous soigner ?**
  
- Selon vous, qu'est-ce que la douleur chronique ?**

Livret patient : à renseigner pour faciliter la consultation avec le Médecin traitant.

Les consultations des douleurs chroniques rebelles :

**Brest** ([monique.audrezet@chu-brest.fr](mailto:monique.audrezet@chu-brest.fr)) 02 98 22 33 46 ;

**Lannion-Trestel** ([epotel@ch-lannion.fr](mailto:epotel@ch-lannion.fr)) 02 96 05 65 30 ;

**Carhaix** ([secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr](mailto:secretariat.medecine.interne@ch-carhaix.fr)) 02 98 99 23 60.

- Que pensez-vous des traitements dont vous avez bénéficié jusqu'à présent ?**
- Pourquoi l'échec du traitement ?**
  
- Que souhaitez-vous ?**
  
- Est ce que vous vous reconnaissez dans les questions posées dans ce questionnaire ?**
- Si votre réponse est négative, précisez votre plainte :**
  
- Pensez-vous que la douleur chronique peut accompagner plusieurs maladies ?**
- Savez-vous que les signes de la sensibilisation à la douleur se rencontrent dans d'autres affections ?**
- Les douleurs chroniques exigent l'acquisition à vos frais d'une technique de relaxation. Pouvez-vous le faire ?**
  
- Le traitement sera à suivre quotidiennement sur plusieurs années. Etes-vous prêt(e) à ce suivi sur le long terme?**

**Qu'en pensez-vous ? :**

**Comme dans toute pathologie chronique, les soignants essaient de bien vous soigner mais c'est au patient et à son entourage de se prendre en charge.**

## **VOS COMMENTAIRES**