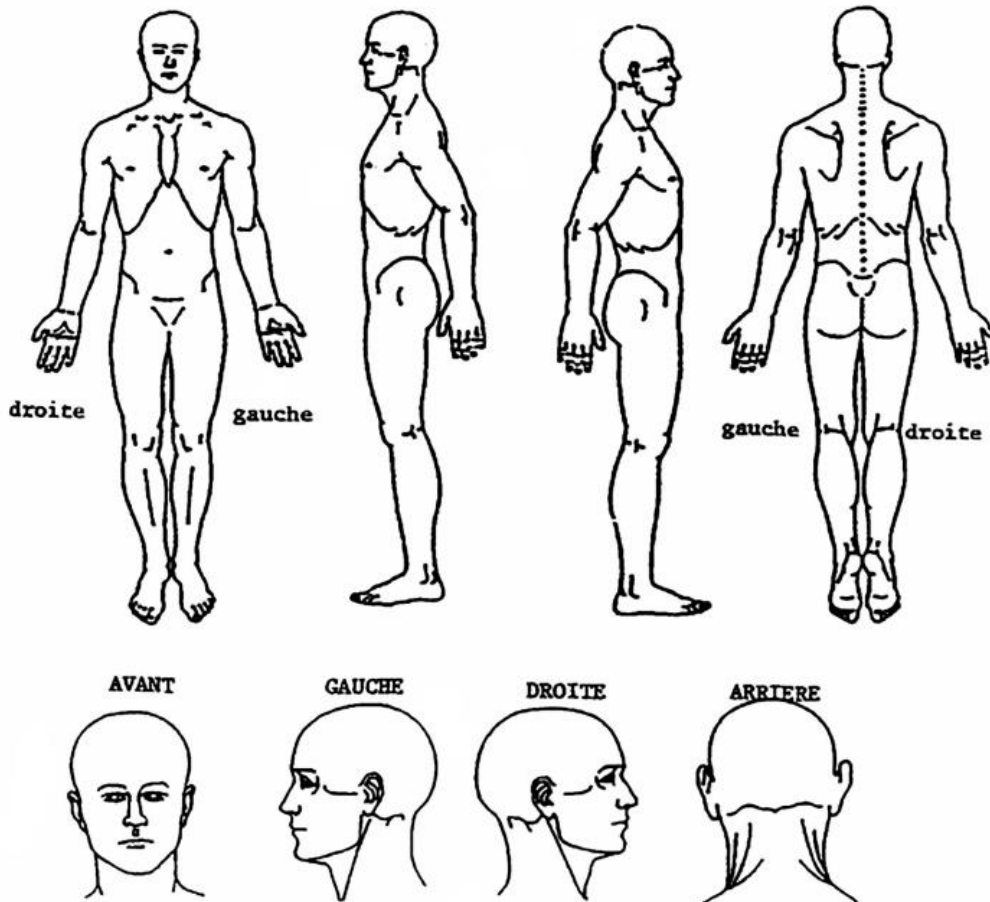


**QUESTIONNAIRE PATIENT DE DEMANDE DE PRISE
EN CHARGE AU CMETD (OBLIGATOIRE).**

1) **Hachurez sur le mannequin la ou les zones douloureuses.**



2) **La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?
(Cochez la réponse exacte)**

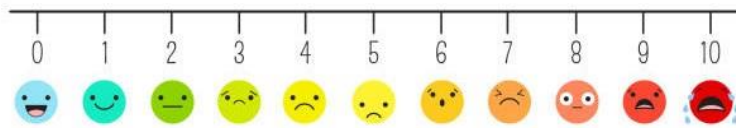
	Oui	Non
Brûlure		
Sensation de froid douloureux		
Décharges électriques		
Raideurs matinales		
Douleurs au repos		
Douleurs au mouvement		
Réveil nocturne par la douleur		

3) **La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ? (Cochez la réponse exacte)**

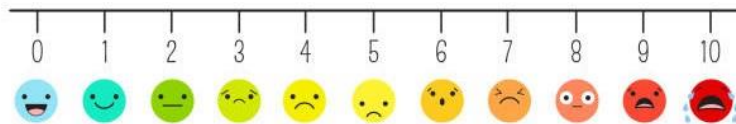
	Oui	Non
Fourmillements		
Picotements		
Engourdissement		
Démangeaisons		

4) **Tracer sur la ligne un trait vertical correspond à l'intensité de la douleur ressentie :**

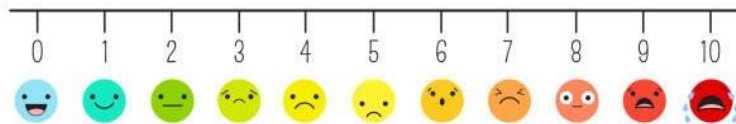
A) Au repos :



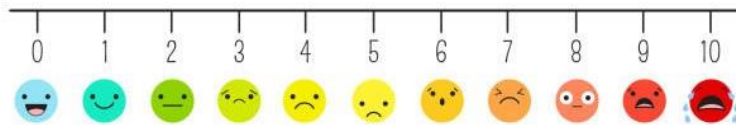
B) En mouvement :



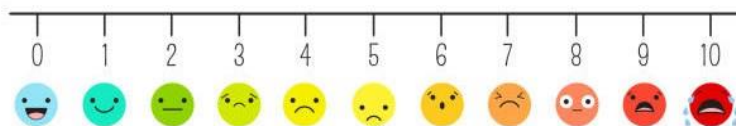
C) Durant la nuit :



D) Au maximum (la plus forte) :



E) Au minimum (la plus petite) :



F) Dans quelles circonstances est-elle augmentée ?

-
-
-

5) Quels médicaments prenez-vous actuellement et comment décririez-vous leurs effets ?

6) Avez-vous déjà bénéficié d'infiltrations ? Si Oui, quand et pour quelle douleur ?

7) Avez-vous déjà été pris en charge dans un centre de la douleur ? Si oui, où et quand ?

8) **Avez-vous déjà consulté des spécialistes pour votre douleur (Orthopédiste, Neurochirurgie, Rhumatologue, Neurologue, Médecine physique) ?**
Si oui, lesquelles

-
-
-

9) **Avez-vous déjà bénéficié d'une prise en charge par un kiné ?** Oui – Non
Si oui, qui et quand ?

10) **Avez-vous déjà bénéficié d'une prise en charge par un psychologue ?** Oui – Non
Si oui, qui et quand ?

11) **Avez-vous déjà bénéficié d'une prise en charge par un ergothérapeute ?** Oui – Non
Si oui, qui et quand ?

12) **Retentissement de la douleur sur le quotidien. (Faites une croix dans la colonne correspondante)**
(Très insatisfaisant : **TI** / Insatisfaisant : **I** / Satisfaisant : **S** / Très satisfaisant : **TS**)

	TI	I	S	TS
Votre vie, globalement, est				
Vos activités quotidiennes sont				
Votre vie de famille est				
Votre vie professionnelle est				
Vos relations avec vos amis sont				
Vos loisirs sont				
Votre situation financière est				
Votre état de vigilance (concentration) est				
Votre appétit est				
Votre sommeil est				