

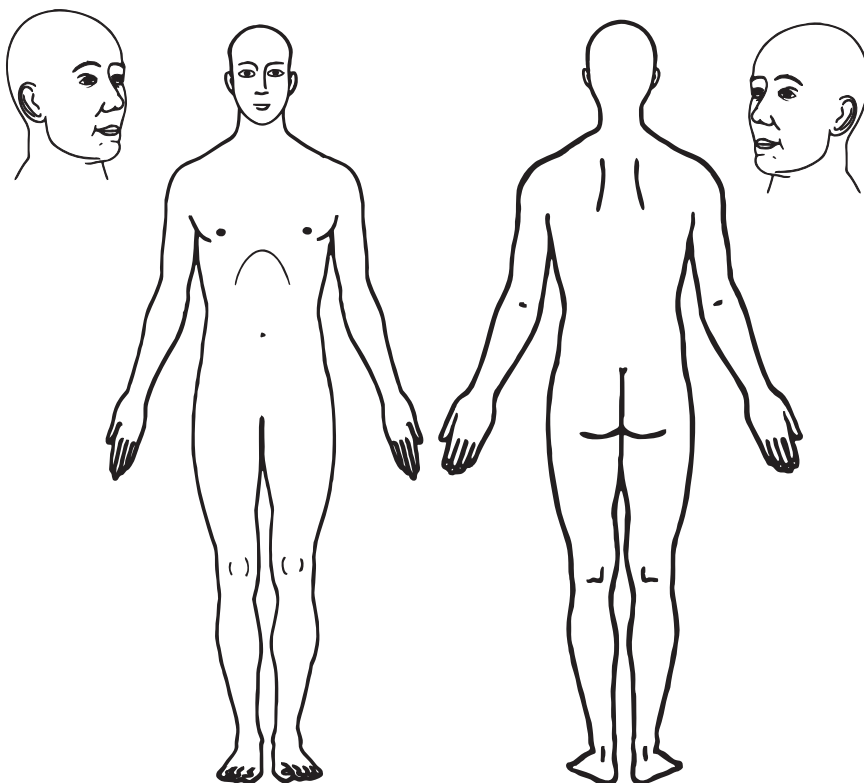


# Anamnèse de la douleur

Ce questionnaire doit être rempli conjointement avec le patient/la patiente.

## I. Localisation de la douleur: «Où ressentez-vous des douleurs?»

(faire indiquer par le patient/la patiente)



Nom: .....

Prénom: .....

Date de naissance: .....

Diagnostic:.....

.....

.....

.....

.....

Autres diagnostics importants:

.....

.....

.....

.....

## 2. Description de la douleur (plusieurs qualificatifs possibles)

### a) Caractère de la douleur:

- battante
- foudroyante
- aiguë
- brûlante
- autres, à savoir:.....
- fulgurante
- coup de couteau
- à type de crampe
- incisive

### b) La douleur est ressentie comme étant:

- forte
- pénible
- anéantissante
- épouvantable
- autres, à savoir:.....
- atroce
- épuisante
- terrible
- insupportable

### c) La douleur est:

- angoissante
- dangereuse
- menaçante
- funeste, sinistre
- inquiétante
- oppressante
- paralysante
- autres, à savoir:.....

Premier examen le .....

Suivi le .....

Pas de douleurs

Douleurs depuis: .....

Le carnet de route de la douleur a été remis.

Le patient/la patiente tient déjà un carnet de route de la douleur.

### d) Description des principales douleurs avec les propres mots du patient/de la patiente:

.....  
.....

### 3. Intensité des douleurs

A faire indiquer sur l'échelle par le patient/la patiente. ● douleur momentanée ▼ douleur maximale ○ douleur minimale



### 4. Durée des douleurs (Par poussées? Permanentes? Moment de la journée?)

.....  
 .....  
 Apparues pour la première fois: ..... Ininterrompues depuis: .....

### 6. Douleurs déclenchées par:

### 7. Douleurs atténuées par:

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

### 5. Manifestations concomitantes

- Estomac/Intestin:  
 Nausées                     Vomissements  
 Constipation             .....
- Système nerveux:  
 Torpeur                     Hallucinations  
 Somnolence             Céphalées  
 .....
- Conséquences psychosociales:  
 Anxiété                     Dépression  
 Limitation des contacts  
 .....
- Autres handicaps:  
 Activité générale     Profession  
 Loisirs                     Famille  
 Sexualité                     .....  
 .....                     .....

### 8. Médicaments pris actuellement contre la douleur:

Médicament/Posologie: .....  
 Moment de la prise: .....  
 Autres médicaments/Posologie/ Moments des prises (Date ou heure):  
 1.....  
 2.....  
 3.....  
 4.....

### 10. Traitements antérieurs contre la douleur

(aussi détaillé que possible)

### 9. Médicaments de réserve actuels (recrudescence des douleurs):

Médicament/Posologie: .....  
 Moment de la prise: .....  
 Autres médicaments/Posologie/ Moments des prises (Date ou heure):  
 1.....  
 2.....  
 3.....  
 4.....

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

