

# CENTRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

CLINIQUE MONT-LOUIS  
8, RUE DE LA FOLIE REGNAULT  
75011 PARIS  
☎ 01 48 42 18 61

Neurochirurgien-Médecin de la douleur

Kinésithérapeute

Psychologue Clinicienne

Docteur KHALFALLAH Mansour

Me CORNILLET-BERNARD Martine

Me LARCEBAU Audrey

Me RIGAUX Bénédicte

Me LESIEUX-CORDON Cécile

Me CAUCHETEUX Aude

## QUESTIONNAIRE PREPARATOIRE AUX CONSULTATIONS DES ALGIES PERINEALES A ENVOYER PAR EMAIL : Sec2.khalfallah@yahoo.com

DATE : .....

### 1 – GENERALITES

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Profession : ..... Taille : ..... Poids : .....

Adresse : .....

Médecin Traitant :

Nom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Médecin(s) Spécialiste(s) :

**Nom(1)** ..... Spécialité : .....

Adresse : .....

**Nom(2)** ..... Spécialité : .....

Adresse : .....

**Nom(3)** ..... Spécialité : .....

Adresse : .....

### 2 – ANTECEDENTS :

#### a) - Antécédents médicaux :

Cochez l'affection dont vous êtes ou avez été atteint :

Diabète

Dépression

Hypertension artérielle

Ulcération digestive

Affection cardiaque

Cancer

**Allergie**

**Anticoagulant / Aspirine**

Autres : lesquels ? : (Notamment algodystrophie, lombalgie, migraine, fibromyalgie...)

.....

**b) - Antécédents chirurgicaux** : urologique, gynécologique, digestif ou proctologique ?  
Si oui quelle(s) intervention(s) et à quelle date ?

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

**c) – Maternité : (pour les femmes uniquement)**

- Accouchements ?  OUI  NON
- Date : .....
- Si oui :
  - o combien de fois ? .....
  - o par voie naturelle ?  OUI  NON
  - o épisiotomie ?  OUI  NON
  - o aide par ventouse, forceps ?  OUI  NON
- Fausses couches ?  OUI  NON
- IVG ?  OUI  NON

**Cycle menstruel, Sexualité et Contraception : femmes uniquement**

- **Sexualité** : rapports ?  OUI  NON
- Si oui, provoque-t-elle des douleurs ?  OUI  NON
- la Douleur influence-t-elle sur la Sexualité ?  OUI  NON
- **Règles** : date des 1ères règles : .....
- Règles douloureuses ?  OUI  NON
- Règles régulières ?  OUI  NON
- Vos douleurs sont elles augmentées en fonction de votre cycle ?  OUI  NON
- **Contraception** :  OUI  NON
- Etes-vous mieux quand vous prenez une contraception ?  OUI  NON

### 3 - HISTOIRE DE LA DOULEUR :

---

**a) Début :**

- ✓ Quand ? .....
- ✓ Brutalement  Progressivement
- ✓ À la suite d'un événement déclenchant ?  Si oui lequel ? .....

**b) Evolution des douleurs :**

- Stable ?  Aggravation ?
- Amélioration ?  Fluctuantes ?
- Sont-elles quotidiennes ?  OUI  NON

### 4- INTENSITE DE LA DOULEUR :

---

**Donner une note de 0 à 10, pour indiquer le niveau d'intensité de votre douleur  
(0 = pas de douleur, 10 = douleur maximum imaginable)**

➤ **Veillez noter la douleur maximale au cours des 15 derniers jours : I    I**

➤ **Veillez noter la douleur minimale au cours des 15 derniers jours : I    I**

➤ **Modifications :**

- ✓ Positions, circonstances, faisant varier la douleur :

*Aggravantes (ou déclenchantes) : **A***

*Diminuantes : **D***

*Neutres : **N***

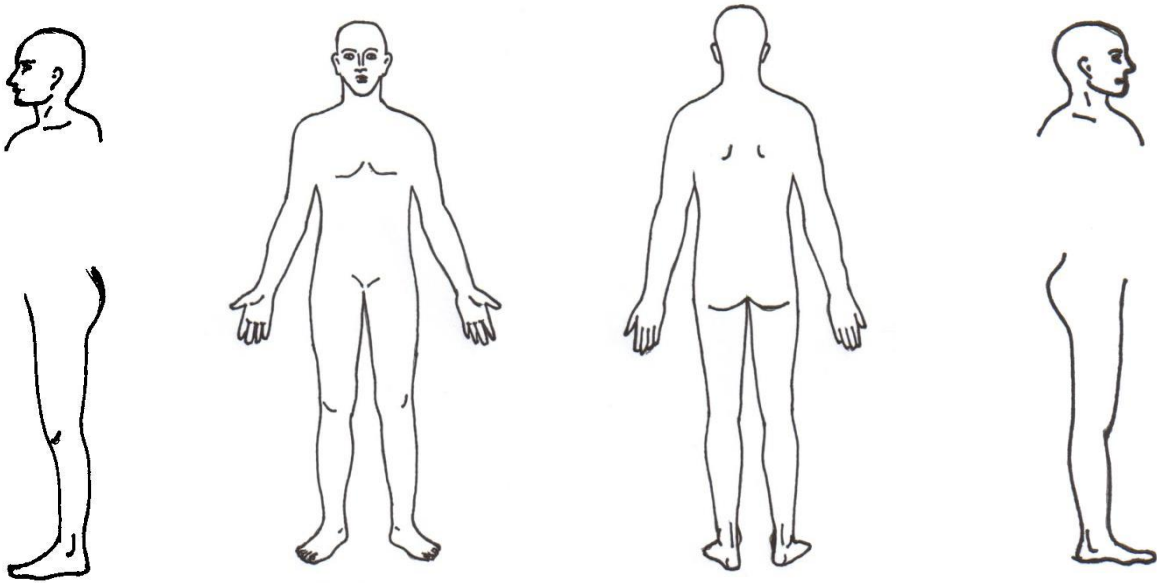
Assise	Debout	Marche	Couchée	Miction (uriner)	Exonération (Défécation)	Contact (s/s vêtements...)	Rapports Sexuels

Réveil	Début de matinée	Fin de matinée	Après midi	Soirée	Nuit (réveil par la douleur)

Avant les règles	Après les règles	Pendant les règles	En milieu de cycle	Contraceptif

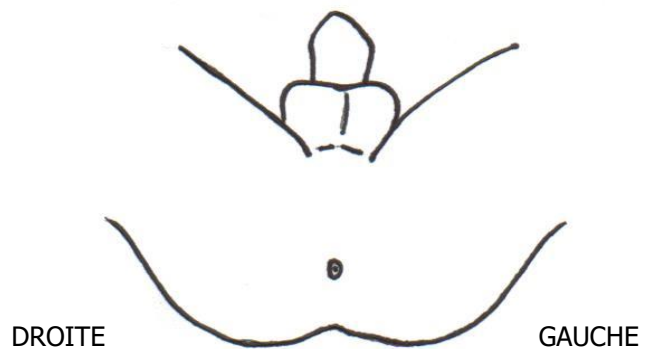
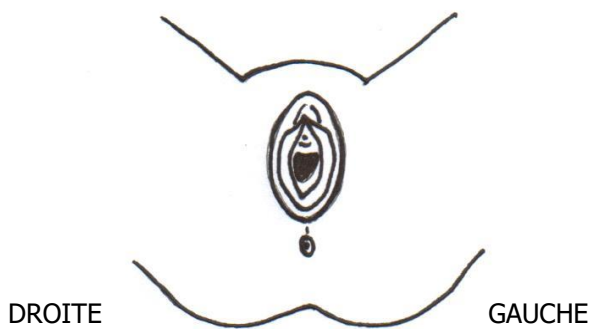
- **Combien de temps pouvez vous rester assis de façon normale (minutes) : T : \_\_\_\_\_ min**
- **En combien de temps débutent vos douleurs quand vous vous asseyez (minutes) : T : \_\_\_\_\_ min**
- **Pour vous asseoir, devez-vous utiliser des techniques particulières (sur une fesse, bouée, coussin) ?**

**5- LOCALISATION DE LA DOULEUR : *MERCI DE COLORIER LES ZONES DOULOUREUSES***



**Femmes :**

**Hommes :**



## 6 – DESCRIPTION DE LA DOULEUR

Remplissez les 2 questionnaires suivants :

➤ Premier questionnaire : afin de préciser la douleur que vous ressentez en général, entourer les mots les plus exacts pour décrire votre douleur (un mot maximum par paragraphe) et donner une note de 0 à 4 à l'aide du tableau ci-dessous.

<b>0 : ABSENT</b>	<b>OU</b>	<b>PAS DU TOUT</b>
<b>1 : FAIBLE</b>	<b>OU</b>	<b>UN PEU</b>
<b>2 : MODERE</b>	<b>OU</b>	<b>MOYENNEMENT</b>
<b>3 : FORT</b>	<b>OU</b>	<b>BEAUCOUP</b>
<b>4 : EXTREME</b>	<b>OU</b>	<b>EXTREMEMENT FORT</b>

A	BATTEMENTS		E	TIRAILLEMENT		K	NAUSEEUSE	
	PULSATIONS			ETIREMENT			SUFFOCANTE	
	ELANCEMENTS			DISTENSION			SYNCOPE	
	EN ECLAIRS			DECHIRURE		L	INQUIETANTE	
	DECHARGES			TORSION			OPPRESSANTE	
	ELECTRIQUES			ARRACHEMENT			ANGOISSANTE	
	COUPS DE MARTEAU							
B	RAYONNANTE		F	CHALEUR		M	HARCELANTE	
	IRRADIANTE			BRULURE			OBSEDANTE	
C	PIQUIRE		G	FROID			CRUELLE	
	COUPURE			GLACE			TORTURANTE	
	PENETRANTE		H	PICOTEMENTS		SUPPLICIANTE		
	TRANSPERCANTE			FOURMILLEMENTS		N	GENANTE	
	COUPS DE POIGNARD			DEMANGEAISONS			DESAGREABLE	
				PENIBLE				
D	PINCEMENT		I	ENGOURDISSEMENT			INSUPPORTABLE	
	SERREMENT			LOURDEUR		O	ENERVANTE	
	COMPRESSION			SOURDE			EXAPERANTE	
	ECRASSEMENT		J	FATIGANTE			HORRIPILANTE	
	EN ETAU			EPUISANTE			P	DEPRIMANTE
	BROIEMENT			EREINTANTE		SUICIDAIRE		

➤ DEUXIEME QUESTIONNAIRE :

<u>Brûlures</u>	<u>Piqûres</u>	<u>Engourdissements</u>	<u>Fourmillements</u>	<u>Corps Etranger</u>	<u>Décharges Electriques</u>	<u>Démangeaisons</u>

**7- TROUBLES ASSOCIES et RETENTISSEMENTS**

---

- ✓ Troubles **urinaires** ?                    oui                     non   
Si oui, lesquels ? .....
- ✓ Troubles **digestifs** ?                    oui                     non   
Si oui, lesquels ? .....
- ✓ Troubles **proctologiques** ?    oui                     non   
Si oui, lesquels (défécations) ? .....
  
- ✓ Retentissements sexuels (douleurs, libido, etc.,...).....
- ✓ Sensation de corps étranger (anus vagin urètre ou autre....)

➤ **Retentissement sur votre vie quotidienne**

Donner une note de 0 à 10 pour indiquer le **niveau de retentissement de votre douleur**  
(0 = pas de retentissement, 10 = retentissement majeur)

**Vie de famille : /10 ; vie de couple : / 10 ; loisirs : /10 ; vie professionnelle : /10**

- **Humeur** : I\_\_\_\_I
  
- **Capacité à marcher** : I\_\_\_\_I
  
- **Travail habituel** : I\_\_\_\_I (y compris à l'extérieur de la maison et travaux domestiques)
  
- **Relations avec les autres** : I\_\_\_\_I
  
- **Sommeil** : I\_\_\_\_I                    Temps de sommeil : .....h/j  
**Sommeil récupérateur ? OUI     NON**
  
- **Goût de vivre** : I\_\_\_\_I
  
- **Vie sexuelle** : I\_\_\_\_I

**8- EXAMENS COMPLEMENTAIRES EFFECTUES :**

Examens :	Lesquels ? A quel niveau ?
IRM <input type="checkbox"/>	
Scanner <input type="checkbox"/>	
EMG <input type="checkbox"/>	
Coloscopie <input type="checkbox"/>	
Scintigraphie <input type="checkbox"/>	
Autres <input type="checkbox"/>	

**9- TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :**

- EN COURS :

Nom	Dose	Début de Traitement	Efficacité	Tolérance

- TRAITEMENTS ESSAYES :

Nom	Dose	Début de Traitement	Efficacité	Tolérance

**10- TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX (kiné, ostéo, sophrologie, psychologue, etc...):**

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

***INFILTRATIONS AU NIVEAU DU NERF PUDENDAL DEJA REALISEES ? :***

OUI                                       NON

Si oui date ? : .....

Efficacité Immédiate ?    OUI .....  NON

Efficacité à distance ?    OUI .....  NON

**Merci de résumer de votre histoire douloureuse :**

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