

# CENTRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

CLINIQUE MONT-LOUIS  
8, RUE DE LA FOLIE REGNAULT  
75011 PARIS

POLE MEDICALE MECHAIN  
15 RUE MECHAIN  
PARIS 75014

☎ 01 48 42 18 61

Dr KHALFALLAH Mansour  
*Neurochirurgien*

*Médecin de la douleur*

Mme LARCEBAU Audrey  
MmeGHAUTIER Mélanie

*Psychologue clinicienne*

*Dr Lin CHENG*

*Médecin de la douleur*

*Anesthésiste Réanimateur*

*Acupuncteur*

Dr MUNASAKA Etienne  
*Médecin de la douleur*  
Anesthésiste Réanimateur

Mme MOUNGUENOU Dominique  
*Ostéopathe*

Sophrologue  
*Hypnothérapeute*  
Mme HEIMBINDER Elsa

**QUESTIONNAIRE PREPARATOIRE  
AUX CONSULTATIONS DES ALGIES PERINEALES A ENVOYER PAR  
EMAIL :**

**[Sec75.k@gmail.com](mailto:Sec75.k@gmail.com)**

DATE : .....

**Les consultations ont lieu dans différents sites. Merci d'identifier celui qui correspond à votre rendez-vous :**

**Au préalable à la consultation, nous vous proposons de consulter notre site Internet : Vous y retrouverez des informations et des vidéos qui vous éclaireront sur notre approche et les pathologies que nous prenons en charge.**

## 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

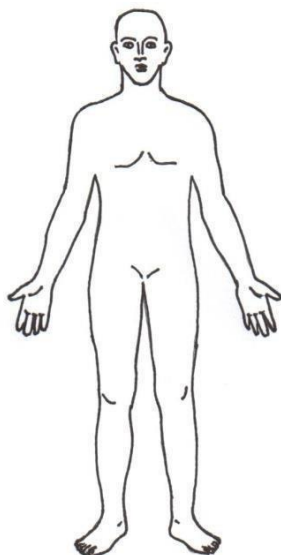
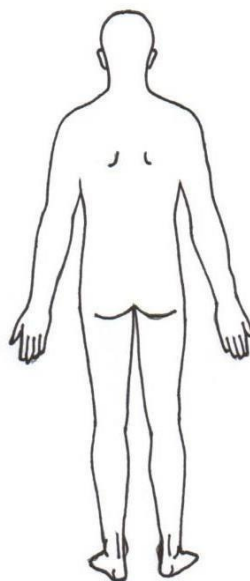
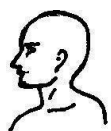
➤ **Combien de temps pouvez vous rester assis de façon normale (minutes) : T : min**

➤ **En combien de temps débutent vos douleurs quand vous vous asseyez (minutes) : T :**

**min**

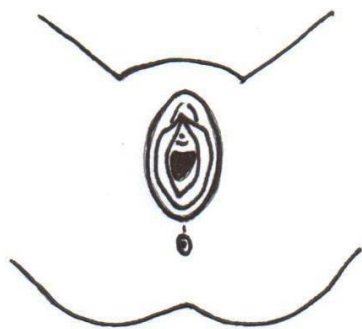
➤ **Pour vous asseoir, devez-vous utiliser des techniques particulières (sur une fesse, bouée, coussin) ?**

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



**Femmes :**

**Hommes :**

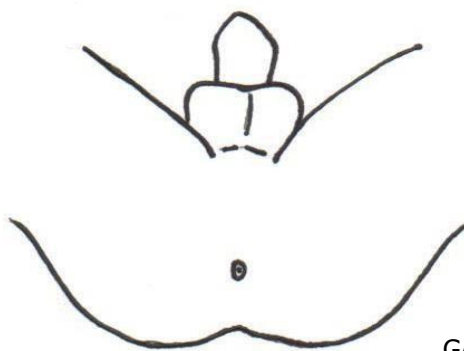


DROITE  
DROITE

## 6 – DESCRIPTION DE LA DOULEUR

Remplissez les 2  
questionnaires suivants  
:

➤ Premier  
questionnaire : afin de  
préciser la douleur que



GAUCHE

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.

**0 : ABSENT OU PAS DU TOUT**

**1 : FAIBLE OU UN PEU**

**2 : MODERE OU MOYENNEMENT**

**3 : FORT OU BEAUCOUP**

**4 : EXTREME OU EXTREMEMENT FORT**

A		E		K	
	BATTEMENTS		TIRAILLEMENT		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	
	IRRADIANTE		BRULURE		
					HARCELANTE
					OBSEDANTE



**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 :** \_\_\_\_\_

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

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