

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

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 :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Ulcération digestive |
| <input type="checkbox"/> Affection cardiaque | <input type="checkbox"/> Cancer |
| Allergie | <input type="checkbox"/> 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 **3 - HISTOIRE DE LA DOULEUR :** NON
-

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)**

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

➤ **Veuillez 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

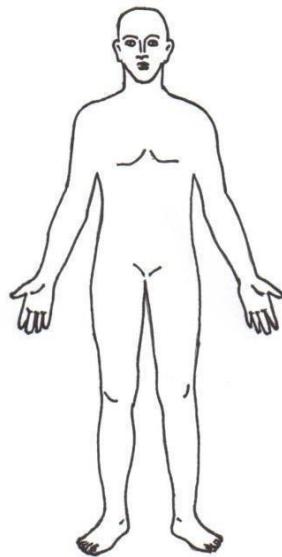
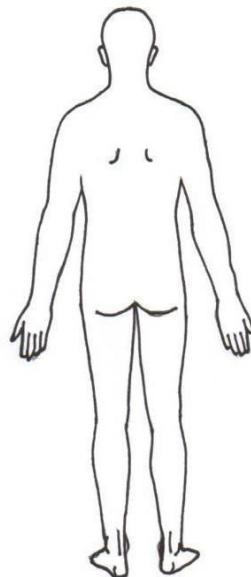
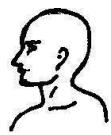
➤ **Combien de temps pouvez vous rester assis de façon normale (minutes) : T : min**

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

min

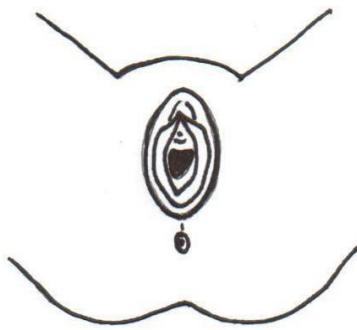
➤ **Pour vous asseoir, devez-vous utiliser des techniques particulières (sur une fesse, bouée, coussin) ?**

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



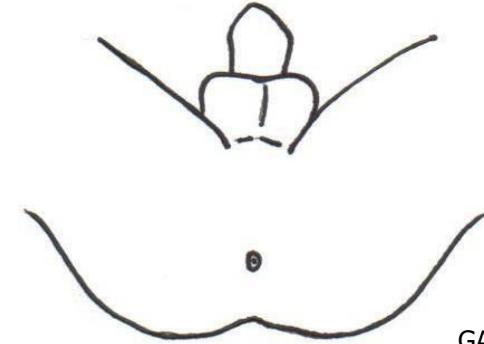
Femmes :

Hommes :



6 – DESCRIPTION DE LA DOULEUR

Remplissez les 2 questionnaires suivants



GAUCHE

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.

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	NAUSEEUSE
					SUFFOCANTE
					SYNCOPALE
				L	INQUIETANTE
					OPPRESSANTE
					ANGOISSANTE
B		F		M	
				M	HARCELANTE
					OBSEDANTE

➤ DEUXIÈME 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 ? :

OUT NON

Si oui date :

Efficacité Immédiate ? OUI NON

Efficacité à distance ? OUI NON

~~Merci de résumer de votre histoire douloureuse~~

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

Page 10 sur 10