



# Votre premier rendez-vous à la clinique de la douleur

**Nous vous invitons à répondre aux questions ci-dessous.**

Vous allez ensuite rencontrer une infirmière pour parler de vos réponses. Avec vos informations, elle pourra mieux comprendre votre douleur. Vos réponses nous aideront à préparer votre traitement.

**Apportez ce formulaire à votre premier rendez-vous.**



## 1. DESCRIPTION DE VOTRE DOULEUR

**Quelle est la raison de votre douleur ?**

- Accident       Maladie  
 Opération       Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Où avez-vous mal ?**

- Tête       Dos       Jambes  
 Cou       Bras       Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Comment décrivez-vous votre douleur ?**

- Ça brûle       C'est engourdi  
 Ça picote       Ça élançé       Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Depuis quand avez-vous mal ?**

- 1 à 6 mois       Plus de 6 mois

**Est-ce que la douleur est toujours là ou est-ce qu'elle vient et repart ?**

- Toujours là       Vient et repart

**Avez-vous d'autres problèmes avec votre douleur ?**

- Je me sens engourdi     Je me sens enflé  
 Je me sens faible       Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Est-ce que la douleur a changé depuis le début?**

- Pire                     Mieux                     C'est pareil



## 2. EFFET SUR VOTRE DOULEUR

**Qu'est-ce qui rend votre douleur plus grave ?**

- Mouvements             Positions             Température             Stress  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Qu'est-ce qui soulage votre douleur ?**

- Repos                     Chaleur                     Exercices physiques  
 Massages                     Relaxation                     Glace  
 Médicaments                     Autre (précisez) : \_\_\_\_\_





### 3. DÉRANGEMENTS CAUSÉS PAR LA DOULEUR

## Avez-vous besoin d'aide pour marcher ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Non   | <input type="checkbox"/> Oui, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Béquilles <input type="checkbox"/> Marchette |  |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Autre : _____                     |  |

## Quelles activités avez-vous du mal à faire?

- Magasiner       Faire le ménage       Cuisiner  
 Me laver       Autre (précisez) :

## Comment vous sentez-vous avec votre douleur?

- Je suis triste       Je suis plus irritable  
 Je suis anxieux       Ma douleur ne dérange pas  
 Je suis déprimé       Autre (précisez) :

**Voyez-vous un psychologue, en lien avec votre douleur ?**

- Oui       Non

Non, mais je souhaiterais voir un psychologue

## Votre douleur touche-t-elle votre travail ou vos études ?

- Ma douleur ne dérange pas mon travail ou mes études
  - Je dois souvent manquer du travail ou de l'école
  - J'ai des limites physiques
  - Je dois changer mes tâches
  - Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

## **Votre vie a-t-elle changé à cause de la douleur?**

- Je suis comme d'habitude.  Je fais moins d'activités.  
 Je reste souvent seul.  Je me chicane souvent avec les gens.  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

## Avez-vous de l'aide de votre entourage ?

- Non
  - Oui, j'ai du soutien pour ma santé mentale.
  - Oui, j'ai de l'aide dans mes activités quotidiennes.
  - Oui, autre (précisez) : \_\_\_\_\_



## 4. TRAITEMENTS ET EXAMENS

### Quels soins avez-vous déjà essayés ?

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie | <input type="checkbox"/> Acupuncture              | <input type="checkbox"/> Injections |
| <input type="checkbox"/> Médicaments    | <input type="checkbox"/> Exercices physiques      | <input type="checkbox"/> Massages   |
| <input type="checkbox"/> Relaxation     | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ |                                     |

### Avez-vous déjà passé un électromyogramme (EMG) ?

- Non  
 Oui      *Avez-vous les résultats?*  Oui  Non

### Avez-vous déjà vu un spécialiste en réadaptation (physiatre) ?

- Non  
 Oui      *Avez-vous les résultats?*  Oui  Non



## 5. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET MÉDICAMENTS

### Cochez tous les problèmes de santé que vous avez déjà eus :

- Diabète     Haute pression     Mal de dos     Arthrite ou arthrose  
 Asthme     Maladie cardiaque     Insuffisance rénale     Troubles mentaux  
 Cancer     Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)  
 Migraine     Opération (précisez) : \_\_\_\_\_

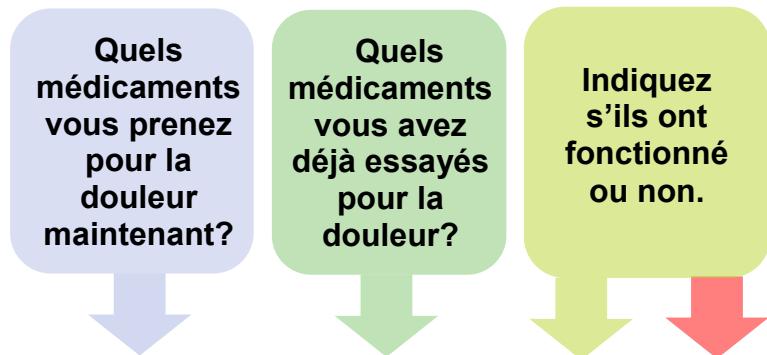
### Prenez-vous des anticoagulants (médicaments qui éclaircissent le sang) ?

- Non  
 Oui, lequel? :  
 *Apixaban (Eliquis)*     *Dabigatran (Pradaxa)*     *Edoxaban (Lixiana)*  
 *Rivaroxaban (Xarelto)*     *Warfarine (Coumadin)*     *Héparine*  
 *Daltéparine (Fragmin)*     *Énoxaparine (Lovenox, Redesca)*  
 *Tinzaparine (Innohep)*     *Fondaparinux (Arixtra)*  
 *Autre* : \_\_\_\_\_

## Avez-vous des allergies?

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune      | <input type="checkbox"/> Aliments                 |
| <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Latex                    |
| <input type="checkbox"/> Iode        | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ |

Dans le tableau plus bas, indiquez par un X :



NOM DU MÉDICAMENT	PRIS EN CE MOMENT	DÉJÀ PRIS	EFFICACE	INUTILE
Acétaminophène (Tylenol)				
Ibuprofène (Advil, Motrin)				
Naproxène (Aleve)				
Diclofénac (Voltaren)				
Morphine				
Oxycodone (OxyContin)				
Hydromorphone (Dilaudid)				
Fentanyl				
Gabapentine (Neurontin)				
Prégabaline (Lyrica)				
Aucun				
Autre (précisez) :				



## 6. MODE DE VIE

### Quel est votre poids et votre grandeur ?

Poids : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_

### Fumez-vous ou vapotez-vous ?

Oui  Non

### Buvez-vous de l'alcool ?

Oui  Non

### Prenez-vous des drogues ?

Oui  Non

### Avez-vous de la difficulté à dormir ?

Non

Insomnie  Réveils fréquents

Apnée du sommeil

Cauchemars  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

### Comment dormez-vous ?

Heure de coucher le soir : \_\_\_\_\_

Heure de lever le matin : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures de sommeil en moyenne : \_\_\_\_\_

### Est-ce que votre douleur touche la qualité de votre sommeil ? Si oui, comment ?

Non

Oui, précisez :

J'ai de la difficulté à m'endormir

Je me réveille souvent

Je ne dors pas assez

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

### Que faites-vous dans la vie ?

Je travaille

Je suis aux études

Je suis à la retraite

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

