



# 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 ?**

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Accident  | <input type="checkbox"/> Maladie                  |
| <input type="checkbox"/> Opération | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ |

**Où avez-vous mal ?**

- |                               |                               |   |
|-------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Tête | <input type="checkbox"/> Dos  | <input type="checkbox"/> Jambes                   |
| <input type="checkbox"/> Cou  | <input type="checkbox"/> Bras | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ |

**Comment décrivez-vous votre douleur ?**

- |                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ça brûle  | <input type="checkbox"/> C'est engourdi | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Ça picote | <input type="checkbox"/> Ça élance      |   |

**Depuis quand avez-vous mal ?**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 à 6 mois | <input type="checkbox"/> 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 ?

- ☐ Non      ☐ Oui, précisez :
- ☐ Canne    ☐ Béquilles    ☐ Marchette
- ☐ Fauteuil roulant    ☐ 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 :

- |                                   |   |  |   |
|-----------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète  | <input type="checkbox"/> Haute pression   | <input type="checkbox"/> Mal de dos          | <input type="checkbox"/> Arthrite ou arthrose |
| <input type="checkbox"/> Asthme   | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque  | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Troubles mentaux     |
| <input type="checkbox"/> Cancer   | <input type="checkbox"/> Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) |  |   |
| <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Opération (précisez) : _____                                 |  |   |

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

- ☐ Non
- ☐ Oui, lequel? :
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apixaban (Eliquis)    | <input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa)           | <input type="checkbox"/> Edoxaban (Lixiana) |
| <input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto) | <input type="checkbox"/> Warfarine (Coumadin)           | <input type="checkbox"/> Héparine           |
| <input type="checkbox"/> Daltéparine (Fragmin) | <input type="checkbox"/> Énoxaparine (Lovenox, Redesca) |   |
| <input type="checkbox"/> Tinzaparine (Innohep) | <input type="checkbox"/> Fondaparinux (Arixtra)         |   |
| <input type="checkbox"/> 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) : \_\_\_\_\_