

CENTRE DE LA DOULEUR CHRONIQUE FORMULAIRE D'ACCUEIL

Nous vous proposons de compléter ce questionnaire qui nous permettra de vous guider au mieux, les 2 premières pages sont à remplir par votre médecin traitant ou le médecin qui vous a orienté(e) vers notre Service.

Merci de votre collaboration.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Mail :

Adresse :

Algologues :

Docteur C. DRESSE
Docteur M. FABRE
Docteur V. GIUDICE
Docteur B. KAIRIS
Docteur B. LEROY
Docteur M. PEDUZZI
Docteur N. BREDOHL

Ergothérapeute :

Mme L. GELON

Kinésithérapeutes :

Mr D. KOCH
Mr C. REMY

Psychologues :

Mr J.M. GRAILET
Mme M. IOVINE (Pleine
Conscience)

Infirmière :

Mme P. SIQUET

Secrétariat :

Mme S. BOURGUIGNON
04/321.82.68

Veuillez s'il vous plait nous renvoyer
ce questionnaire par courrier au
Centre de la Douleur,
Hôpital de la Citadelle site Laveu,
rue des Wallons 72 à 4000 Liège
ou par mail
sandra.bourguignon@citadelle.be

À REMPLIR PAR LE MEDECIN DEMANDEUR

Coordonnées du médecin demandeur :

Nom, prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

Cachet

TYPE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Pouvez-vous préciser votre demande ?

- Prise en charge pluridisciplinaire
- Avis
- Autres (infiltrations, TENS, radiofréquences...)
- Commentaires :

.....

.....

.....

.....

DESCRIPTION DES PROBLEMES DOULOUREUX (ancienneté, évolution, diagnostic...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PARCOURS

Avis et examens complémentaires réalisés (veuillez joindre SVP une copie des avis et examens réalisés hors Citadelle de Liège) :

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux :

.....

.....

.....

.....

Antécédents chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

Antécédents traumatiques physiques et/ou émotionnels :

.....

.....

.....

.....



TRAITEMENT

Médicaments en cours (antalgiques et autres) :

Nom	Dosage	Fréquence

Médicaments tentés antérieurement mal tolérés ou inefficaces :

.....
.....

Soutien psychologique ou psychiatrique : Oui Non

Kinésithérapie :

Oui Non

En cours Terminée

Nombre de séances effectuées pour ces douleurs-ci :

Suivi dans un autre Centre de la Douleur : Oui Non

Si oui : dans quel Centre :

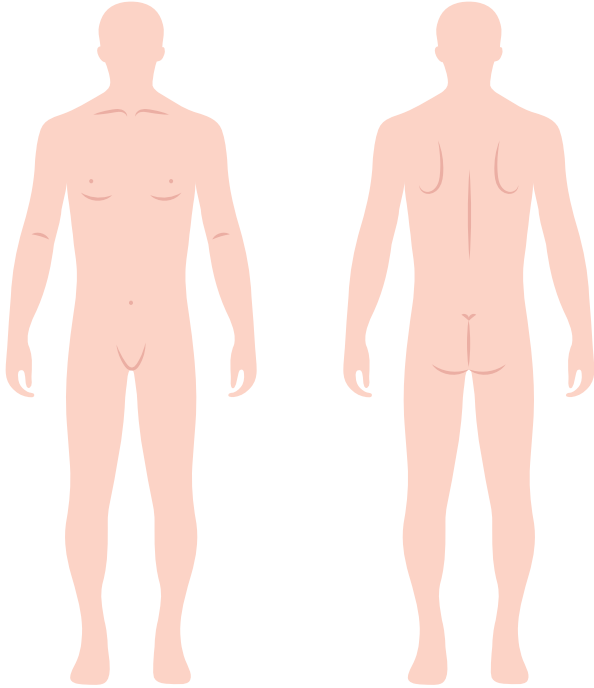
Type de prise en charge :

(Auriez-vous éventuellement un rapport à nous transmettre concernant cette prise en charge?)

À REMPLIR PAR LE PATIENT

OÙ J'AI MAL

Coloriez la zone douloureuse et tracer des croix à l'endroit où la douleur est la plus intense.



QUAND J'AI MAL

- J'ai mal : Tout le temps Pas tout le temps
- J'ai mal : Tout le temps aussi fort Parfois plus, parfois moins
- Troubles du sommeil : Oui Non

Mes douleurs sont aggravées par (exemple : la marche) :

.....

.....

.....

Mes douleurs sont améliorées par (exemple : le repos) :

.....

.....

.....

COMMENT J'AI MAL

Intensité:

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours (entourer le chiffre correspondant) :



Type de douleur

Lancement: Oui Non

Picotements: Oui Non

Brûlure: Oui Non

Engourdissements: Oui Non

Sensation de froid
douloureux: Oui Non

Démangeaisons: Oui Non

Décharges électriques: Oui Non

Douleur aggravée par
le frottement de la peau: Oui Non

Fourmillements: Oui Non

FAMILLE

Marié/en couple Célibataire Séparé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants et âge:

PROFESSION

Profession actuelle ou antérieure:

Etes- vous en arrêt de travail: Oui Non

Si oui, depuis quand:

S'agit-il d'un accident de travail: Oui Non

Source de revenu :

salaire/pension mutuelle chômage autres:

CONDITION PHYSIQUE - LOISIRS

Poids : kg - Taille :m

Activités sportives : Oui Non

Type :

Fréquence : fois /semaine

Je suis capable de :

Monter deux étages sans m'arrêter : Oui Non

Loisirs - occupations :

.....

.....

.....

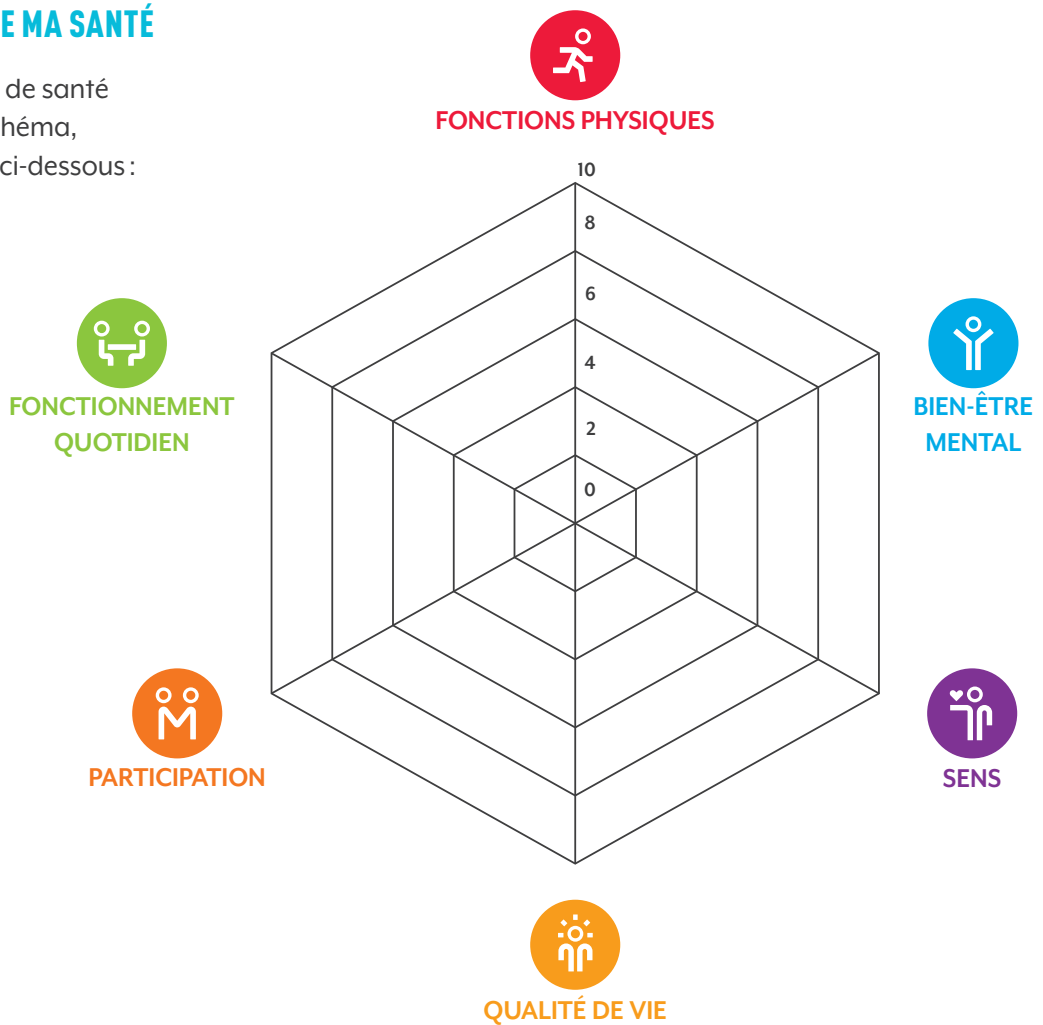
.....

.....



COMMENT J'ÉVALUE MA SANTÉ

Cochez votre niveau de santé entre 0 et 10 sur le schéma, pour les 6 rubriques ci-dessous :



- Se sentir en bonne santé
- Être en forme
- Pas de plaintes et/ou douleur
- Sommeil
- Sexualité
- Manger
- Condition physique
- Activité physique



- Memoriser
- Se concentrer
- Communiquer
- Être joyeux
- S'accepter
- Gérer les changements
- Sentiment de contrôle



- Sentiment d'utilité
- Envie de vivre
- Vouloir atteindre des idéaux
- Avoir confiance
- Accepter la vie comme elle est
- Gratitude
- Envie d'apprendre



- Profiter
- Être heureux
- Être bien dans sa peau
- Se sentir en équilibre
- Se sentir en sécurité
- Intimité
- Se loger / Habitat
- Boucler son budget



- Avoir des contacts sociaux
- Être pris au sérieux
- Faire des choses agréables ensemble
- Recevoir un soutien d'autrui
- Faire partie d'un groupe
- Faire des choses utiles
- S'intéresser à la société



- Prendre soin de soi
- Connaître ses limites
- Avoir des connaissances en matière de santé
- Gérer son temps
- Gérer son argent
- Pouvoir travailler
- Pouvoir demander de l'aide

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire et vous contacterons dans quelques jours par e-mail ou par courrier.

L'équipe du Centre de la Douleur