



FORMULAIRE D'ANAMNÈSE PELVIENNE

Traduit avec l'autorisation de
« International Pelvic Pain Society »

Révisé par le Dr Geraldine Brichant
Octobre 2024

Date :

Numéro du dossier (à usage interne) :

1. Coordonnées :

Nom :	Prénom :				
Date de naissance :	Âge :				
Email :	Tél. :				
Comment préférez-vous qu'on s'adresse à vous ? (Cochez ce qui s'applique)					
<input type="checkbox"/> Elle / Elle	<input type="checkbox"/> Il/Lui	<input type="checkbox"/> Eux/Ils	<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Nom	<input type="checkbox"/> Prénom
<input type="checkbox"/> Autre Nom :	<input type="checkbox"/> Autre pronom de genre :				
Dans quelle langue préférez-vous communiquer ? (Cochez ce qui s'applique)					
<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Autre :				

2. Coordonnées du médecin référent :

Nom :	Tél. :	Adresse de contact :									
Combien de médecins ou de prestataires de soins de santé avez-vous consulté dans le passé pour vos douleurs pelviennes ?											
<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> >10

3. Informations démographiques :

Quelle est la race et l'origine ethnique qui vous décrivent le mieux ? (Cochez ce qui s'applique)						
<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Caucasien	<input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou natif des îles du Pacifique				
<input type="checkbox"/> Afro-américain	<input type="checkbox"/> Moyen-Orient	<input type="checkbox"/> Natif d'Hawaï ou des îles du Pacifique				
<input type="checkbox"/> Hispanique or Latino	<input type="checkbox"/> Autre :					
Quel est votre état civil ? (Cochez ce qui s'applique)						
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Cohabitant(e) légal(e)	
<input type="checkbox"/> En couple			<input type="checkbox"/> Autre :			
Décrivez vos pratiques sexuelles : (Cochez ce qui s'applique)						
<input type="checkbox"/> PAS sexuellement active	<input type="checkbox"/> Asexuel (sans sentiment ou association sexuelle)					
<input type="checkbox"/> Sexuellement active avec des hommes	<input type="checkbox"/> Sexuellement active avec des femmes					
<input type="checkbox"/> Sexuellement active avec les deux	<input type="checkbox"/> Autre :					
Avec qui vivez-vous ? (Cochez ce qui s'applique)						
<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Partenaire	<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> Autre Famille	<input type="checkbox"/> Amis	<input type="checkbox"/> Sans domicile fixe	<input type="checkbox"/> Autre :
Quel est votre niveau d'études ? (Cochez <u>une seule case</u>)						
<input type="checkbox"/> Moins de 12 ans	<input type="checkbox"/> Diplôme de l'enseignement secondaire					
<input type="checkbox"/> Diplôme de l'enseignement supérieur	<input type="checkbox"/> Master / Doctorat					
Quel type de travail exercez-vous ? (Cochez <u>une seule case</u>)						
<input type="checkbox"/> Chômeur	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Mi-temps	<input type="checkbox"/> Femme au foyer			
<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Handicapé	<input type="checkbox"/> En incapacité de travail				

4. Antécédents Médicaux

Veillez énumérer vos problèmes médicaux ou de santé, notez la date à laquelle la maladie a été diagnostiquée et indiquez si elle est contrôlée.

Problème médicale	Année du diagnostic	Contrôlé ?	
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

5. Antécédents Chirurgicaux

Veillez cocher si vous avez subi l'une des interventions chirurgicales suivantes

Procédure	Date	Chirurgien	Résultats
Cystoscopie (regarder dans la vessie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Laparoscopie avec ablation de l'endométriome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Hystérectomie (ablation de l'utérus et le col de l'utérus) Retrait des ovaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conservation du col ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Myomectomie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Endoscopie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Colonoscopie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Ablation Kyste Ovarien <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Accouchement par césarienne <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Appendicectomie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Prostatectomie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Colectomie (ablation du colon) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Vasectomie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Autre :			

6. Antécédents Menstruels, Contraceptifs, et Infections Sexuellement Transmissibles

Si vous **n'avez pas** de menstruations, indiquez la ou les raisons : **(Cochez ce qui s'applique)**

- Hystérectomie Ménopause Attribué sexe masculin à la naissance
 Suppression continue des règles à l'aide d'une méthode contraceptive (par exemple injections, pilules, stérilet hormonal) Ablation de l'endomètre

Quand avez-vous eu vos dernières règles ?

Quel âge avez-vous lorsque vos cycles menstruels ont commencé ?

Si vous avez des règles, souffrez-vous **ACTUELLEMENT** de l'un des symptômes suivants **PENDANT** vos règles ? **(Cochez ce qui s'applique)**

- Saignements abondants Douleurs intenses Saignements irréguliers (plus qu'une fois par mois)
 Saignements > 7 jours Sautes d'humeur Fatigue Sensibilité des seins Constipation
 Diarrhée Maux de tête

Si vous avez des règles douloureuses, depuis combien de temps souffrez-vous de ce type de douleur ? Veuillez préciser en années ou en mois.

ACTUELLEMENT, manquez-vous régulièrement (plus de 3 fois par mois) l'école ou le travail en raison de vos règles douloureuses ? Oui Non

Si vous avez des règles douloureuses, avez-vous utilisé l'un des produits suivants pour soulager vos douleurs pendant vos règles ? **(Cochez ce qui s'applique)**

- Pilule contraceptive Anneau vaginal Depo Provera (injection) Stérilet hormonal
 Anti-inflammatoires Paracétamol Autre :

Quel moyen de contraception utilisez-vous ? (Cochez ce qui s'applique)

- Rien Vasectomie Pilules contraceptives Injection hormonale
 Implant Anneau vaginal Ligature tubaire Préservatifs
 Stérilet hormonal Stérilet en cuivre Autre :

Avez-vous déjà eu des infections sexuellement transmissibles (IST)? (Cochez ce qui s'applique)

- Chlamydia Gonorrhée Herpès HPV (Papillomavirus humain) Syphilis
 PID (Maladie inflammatoire pelvienne) VIH Hépatite B Hépatite C

7. Allergies et Médicaments Actuels

Veuillez énumérer vos allergies :

Allergies	Réaction (que se passe-t-il en cas d'allergie ?)	Avez-vous déjà reçu des traitements pour cette allergie ?

10. Douleur, Description et Facteurs Contributifs

Quand avez-vous eu vos premières douleurs ? Mois : _____ Année : _____ Incertain

Veillez utiliser vos propres mots pour décrire votre douleur :

Comment votre douleur principale est-elle apparue ? Vous souvenez-vous d'un incident spécifique qui s'est produit lorsque votre douleur est apparue ? (Cochez une seule case)

- Blessure à domicile Blessure au travail/école Blessure dans un autre contexte Accident de voiture
 Après une chirurgie Cancer Pathologie autre que le cancer
 Pas de cause évidente/ne se souvient pas d'un incident spécifique Autre : _____

Comment votre douleur est-elle apparue ? (Cochez une seule case) Soudainement Graduellement

Depuis combien de temps votre douleur principale est-elle présente ? (Cochez une seule case)

- Moins de 3 mois 3-12 mois 12 mois-2 ans 2-5 ans Plus que 5 ans

Depuis le début de votre douleur : (Cochez une seule case)

- Pas de changement Amélioration De pire en pire Je ne sais pas

Quel énoncé décrit le mieux votre douleur ? (Cochez une seule case)

- Toujours présente (toujours la même intensité)
 Toujours présente (l'intensité de douleur varie)
 Souvent présente (périodes sans douleur de moins de 6 heures)
 Occasionnellement (une à plusieurs fois par jour pendant une heure max)
 Rarement présente (douleur survient tous les quelques jours ou semaines)

Comment décrivez-vous votre douleur : (Cochez ce qui s'applique)

- Aiguë Crampoïde Sensation de pesanteur dans le bassin
 Traction Lancinante Brûlante
 Autre : _____

Votre douleur vous réveille-t-elle parfois de votre sommeil ? Oui Non

Votre douleur s'étend-elle à d'autres régions de votre corps ? Oui Non

Qu'est ce qui AGGRAVE votre douleur ? (Cochez ce qui s'applique)

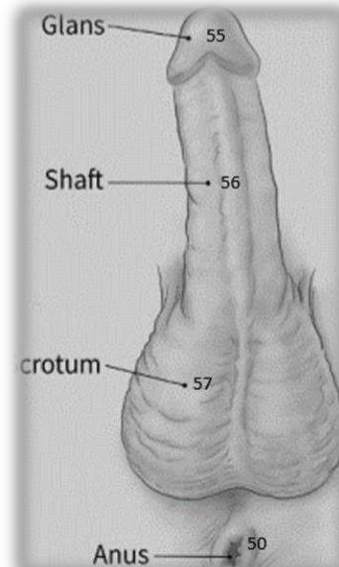
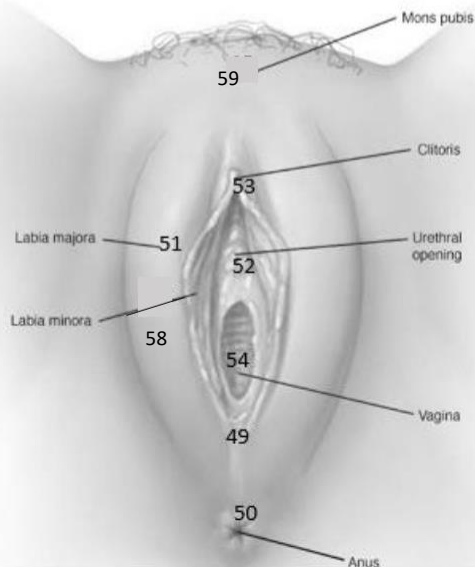
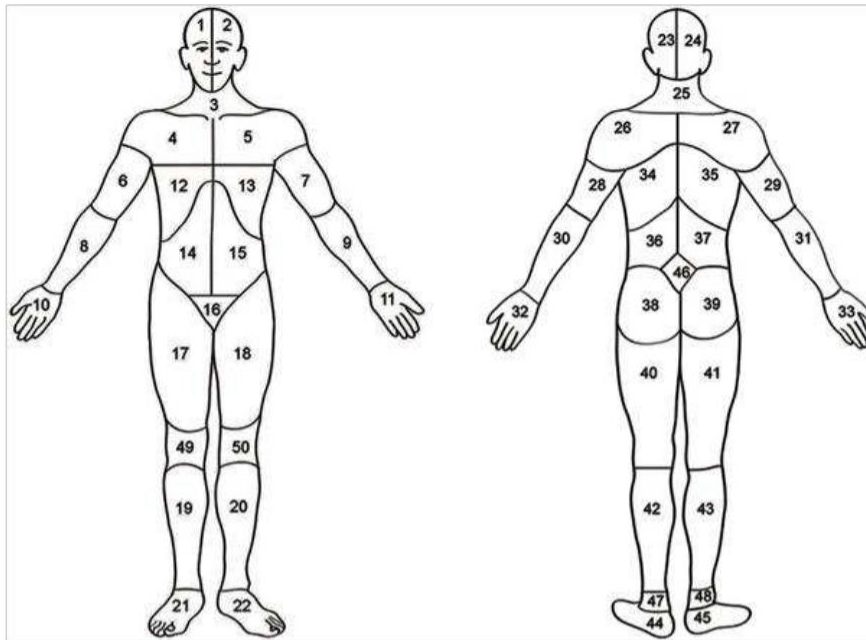
- Marche Montée d'escaliers Miction Rien
 Vessie pleine Travaux ménagers Stress Monter/descendre de la voiture
 Sport Menstruations Rapports sexuels Contact avec les vêtements
 Les selles Port de charges lourdes La météo Autres : _____

Qu'est ce qui AMÉLIORE votre douleur ? (Cochez ce qui s'applique)

- S'allonger/reposer Vider la vessie Glace ou coussin chauffant Rien
 Méditation Laxatifs/lavement Quand je me sens soutenu Disparaît tout seul
 Bain chaud Massage Quand mon stress est faible Les selles
 Sport Anti-inflammatoires Fort anti-douleur
 Être distrait, lorsque je suis occupé à faire autre chose Autre : _____

11. Localisation de la Douleur, Échelles de Gravité et Traitements Antérieurs

Veillez indiquer **TOUTES** les zones douloureuses sur les cartes du corps ci-dessous, en fonction de ce qui vous concerne. Veillez ombrer ou encercler chaque zone douloureuse.



Questionnaire court de McGill

Dans la 1 ^{ère} colonne, indiquez le numéro de chaque localisation de la douleur sur la carte du corps. Ensuite, sélectionnez la durée, la qualité et la gravité de la douleur à chaque endroit. REMPLISSEZ POUR LES 3 ZONES LES PLUS DOULOUREUSES			
Exemple			
(si 1 est près de votre bassin, cela signifie que la douleur se situe dans votre bassin) 1	<input type="checkbox"/> 1 an <input checked="" type="checkbox"/> 1-3 ans <input type="checkbox"/> 4-7 ans <input type="checkbox"/> 8-10 ans <input type="checkbox"/> Plus que 10 ans	<input checked="" type="checkbox"/> Lancinante <input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Crampoïde <input type="checkbox"/> Rongeant <input type="checkbox"/> Fendre <input type="checkbox"/> Coup de feu <input type="checkbox"/> Coup de poignard <input type="checkbox"/> Tendre <input type="checkbox"/> Lourdeur <input type="checkbox"/> Effrayant <input type="checkbox"/> Tirant-Épuisant <input type="checkbox"/> Épouvantable <input type="checkbox"/> Punitif-Cruel <input checked="" type="checkbox"/> Endolorissement	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input checked="" type="checkbox"/> Sévère
Cela signifie que vous souffrez d'une douleur intense, lancinante, pelvienne depuis 1-3 ans.			
Numéro de localisation :	<input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 1-3 ans <input type="checkbox"/> 4-7 ans <input type="checkbox"/> 8-10 ans <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans	<input type="checkbox"/> Lancinante <input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Crampoïde <input type="checkbox"/> Rongeant <input type="checkbox"/> Fendre <input type="checkbox"/> Coup de feu <input type="checkbox"/> Coup de poignard <input type="checkbox"/> Tendre <input type="checkbox"/> Lourdeur <input type="checkbox"/> Effrayant <input type="checkbox"/> Tirant-Épuisant <input type="checkbox"/> Épouvantable <input type="checkbox"/> Punitif-Cruel <input type="checkbox"/> Endolorissement	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère
Numéro de localisation :	<input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 1-3 ans <input type="checkbox"/> 4-7 ans <input type="checkbox"/> 8-10 ans <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans	<input type="checkbox"/> Lancinante <input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Crampoïde <input type="checkbox"/> Rongeant <input type="checkbox"/> Fendre <input type="checkbox"/> Coup de feu <input type="checkbox"/> Coup de poignard <input type="checkbox"/> Tendre <input type="checkbox"/> Lourdeur <input type="checkbox"/> Effrayant <input type="checkbox"/> Tirant-Épuisant <input type="checkbox"/> Épouvantable <input type="checkbox"/> Punitif-Cruel <input type="checkbox"/> Endolorissement	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère
Numéro de localisation :	<input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 1-3 ans <input type="checkbox"/> 4-7 ans <input type="checkbox"/> 8-10 ans <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans	<input type="checkbox"/> Lancinante <input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Crampoïde <input type="checkbox"/> Rongeant <input type="checkbox"/> Fendre <input type="checkbox"/> Coup de feu <input type="checkbox"/> Coup de poignard <input type="checkbox"/> Tendre <input type="checkbox"/> Lourdeur <input type="checkbox"/> Effrayant <input type="checkbox"/> Tirant-Épuisant <input type="checkbox"/> Épouvantable <input type="checkbox"/> Punitif-Cruel <input type="checkbox"/> Endolorissement	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère

Indiquez sur cette ligne, en cochant une case, le degré d'intensité de votre douleur PRINCIPALE :

<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Pas de douleur	Pire douleur imaginable

Évaluez la **GRAVITÉ** de votre douleur (**VOTRE DOULEUR PRINCIPALE**) sur les échelles ci-dessous :

Au cours des 7 derniers jours....

	Aucune douleur	Minime	Modérée	Sévère	Très sévère
1. Quelle était l'intensité de votre douleur ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quelle était l'intensité de votre douleur moyenne ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quelle est votre niveau de douleur en ce moment ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Cochez la case qui décrit combien, au cours de la semaine dernière, la douleur a perturbé vos/votre :

	0= n'interfère PAS										Interfère complètement=10											
Activité générale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Humeur	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Activité de marche	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Activité normale (hors du domicile ou des tâches ménagères)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Relations avec les autres	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Sommeil	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Jouissance de la vie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant différentes pensées et sentiments pouvant être associés à la douleur. Veuillez lire chaque énoncé et cochez un chiffre 0,1,2,3, ou 4 qui indique à quel point l'énoncé s'applique à vous lorsque vous ressentez de la douleur.

Quand j'ai mal...	Pas du tout	Léger	Moyen	Beaucoup	Tous le temps
Je m'inquiète constamment de savoir si la douleur va cesser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai l'impression de ne pas pouvoir continuer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
C'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
C'est affreux et j'ai l'impression que cela me submerge	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai l'impression que je ne peux plus le supporter	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai peur que la douleur s'aggrave	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je pense sans cesse à d'autres événements douloureux	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je souhaite ardemment que la douleur disparaisse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je n'arrive pas à la chasser de mon esprit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je pense sans cesse à la douleur	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je n'arrête pas de penser à quel point je veux que la douleur s'arrête	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je ne peux rien faire pour réduire l'intensité de la douleur	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me demande si quelque chose de grave pourrait arriver	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Attribué au sexe **FÉMININ** à la naissance, remplissez ce questionnaire pour évaluer l'impact de votre douleur sur votre sexualité. (AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS)

Intérêt pour l'activité sexuelle						
1. Avez-vous été intéressé par une activité sexuelle ?	Pas du tout <input type="checkbox"/> 1	Un peu <input type="checkbox"/> 2	Parfois <input type="checkbox"/> 3	Souvent <input type="checkbox"/> 4	Beaucoup <input type="checkbox"/> 5	
2. À quelle fréquence avez-vous eu envie d'avoir des relations sexuelles ?	Jamais <input type="checkbox"/> 1	Rarement <input type="checkbox"/> 2	Parfois <input type="checkbox"/> 3	Souvent <input type="checkbox"/> 4	Toujours <input type="checkbox"/> 5	
Lubrification						
3. Comment évaluez-vous la fréquence de lubrification lors d'une activité sexuelle ?	A eu aucun rapport <input type="checkbox"/> 0	Presque toujours ou toujours <input type="checkbox"/> 5	Plus de la moitié du temps <input type="checkbox"/> 4	La moitié du temps <input type="checkbox"/> 3	Moins que la moitié du temps <input type="checkbox"/> 2	Presque jamais ou jamais <input type="checkbox"/> 1
4. Avez-vous eu des difficultés de lubrification lorsque vous le souhaitez ?	Pas du tout <input type="checkbox"/> 1	Un peu <input type="checkbox"/> 2	Parfois <input type="checkbox"/> 3	Souvent <input type="checkbox"/> 4	Beaucoup <input type="checkbox"/> 5	
Inconfort vaginal						
5. Comment décrivez-vous le confort vaginal durant une activité sexuelle ?	A eu aucun rapport <input type="checkbox"/> 0	Jamais <input type="checkbox"/> 1	Rarement <input type="checkbox"/> 2	Parfois <input type="checkbox"/> 3	Souvent <input type="checkbox"/> 4	Toujours <input type="checkbox"/> 5
6. À quelle fréquence avez-vous eu des difficultés lors d'une activité sexuelle en raison d'inconfort ou de douleur vaginale ?	A eu aucun rapport <input type="checkbox"/> 0	Jamais <input type="checkbox"/> 1	Rarement <input type="checkbox"/> 2	Parfois <input type="checkbox"/> 3	Souvent <input type="checkbox"/> 4	Toujours <input type="checkbox"/> 5
7. À quelle fréquence avez-vous arrêté toute activité sexuelle en raison d'inconfort ou de douleur vaginale ?	A eu aucun rapport <input type="checkbox"/> 0	Jamais <input type="checkbox"/> 1	Rarement <input type="checkbox"/> 2	Parfois <input type="checkbox"/> 3	Souvent <input type="checkbox"/> 4	Toujours <input type="checkbox"/> 5
Orgasme						
8. Comment évaluez-vous votre capacité à avoir un orgasme satisfaisant ?	N'a pas essayé d'avoir un orgasme <input type="checkbox"/> 0	Excellent <input type="checkbox"/> 5	Très bien <input type="checkbox"/> 4	Bien <input type="checkbox"/> 3	Satisfait <input type="checkbox"/> 2	Faible <input type="checkbox"/> 1
Satisfaction						
9. Dans quelle mesure avez-vous apprécié votre activité sexuelle ?	A eu aucun rapport <input type="checkbox"/> 0	Pas du tout <input type="checkbox"/> 1	Un peu <input type="checkbox"/> 2	Parfois <input type="checkbox"/> 3	Souvent <input type="checkbox"/> 4	Beaucoup <input type="checkbox"/> 5
10. À quel point étiez-vous satisfaite lorsque vous avez eu une activité sexuelle ?	A eu aucun rapport <input type="checkbox"/> 0	Pas du tout <input type="checkbox"/> 1	Un peu <input type="checkbox"/> 2	Parfois <input type="checkbox"/> 3	Souvent <input type="checkbox"/> 4	Beaucoup <input type="checkbox"/> 5

Attribué au sexe **MASCULIN** à la naissance, remplissez ce questionnaire pour évaluer l'impact de votre douleur sur votre sexualité. **(AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS)**








Intérêt pour l'activité sexuelle						
Avez-vous été intéressé par une activité sexuelle ?	Pas du tout <input type="checkbox"/> 1	Un peu <input type="checkbox"/> 2	Parfois <input type="checkbox"/> 3	Souvent <input type="checkbox"/> 4	Beaucoup <input type="checkbox"/> 5	
À quelle fréquence avez-vous eu envie d'avoir des relations sexuelles ?	Jamais <input type="checkbox"/> 1	Rarement <input type="checkbox"/> 2	Parfois <input type="checkbox"/> 3	Souvent <input type="checkbox"/> 4	Toujours <input type="checkbox"/> 5	
Fonction Érectile						
Avez-vous eu des difficultés à avoir une érection quand vous le vouliez ? (si vous utilisez des médicaments, des injections, ou une pompe à pénis pour vous aider, veuillez répondre en pensant aux fois où vous avez utilisé ces aides)	N'a pas essayé d'obtenir une érection <input type="checkbox"/> 0	Pas du tout <input type="checkbox"/> 5	Un peu <input type="checkbox"/> 4	Parfois <input type="checkbox"/> 3	Souvent <input type="checkbox"/> 2	Beaucoup <input type="checkbox"/> 1
À quel point a-t-il été difficile de maintenir une érection quand vous le vouliez ? (si vous utilisez des médicaments, des injections, ou une pompe à pénis pour vous aider, veuillez répondre en pensant aux fois où vous avez utilisé ces aides)	N'a pas eu une érection <input type="checkbox"/> 0	Pas du tout <input type="checkbox"/> 5	Un peu <input type="checkbox"/> 4	Parfois <input type="checkbox"/> 3	Souvent <input type="checkbox"/> 2	Beaucoup <input type="checkbox"/> 1
Comment évaluez-vous l'élément suivant au cours des 4 dernières semaines						
Votre capacité à avoir une érection		Très faible <input type="checkbox"/> 1	Faible <input type="checkbox"/> 2	Satisfaisant <input type="checkbox"/> 3	Bien <input type="checkbox"/> 4	Très bien <input type="checkbox"/> 5
Orgasme						
Comment évaluez-vous votre capacité à avoir un orgasme satisfaisant ?	N'a pas essayé d'obtenir un orgasme <input type="checkbox"/> 0	Excellent <input type="checkbox"/> 5	Très bien <input type="checkbox"/> 4	Bien <input type="checkbox"/> 3	Satisfaisant <input type="checkbox"/> 2	Faible <input type="checkbox"/> 1
Satisfaction						
Dans quelle mesure avez-vous apprécié votre activité sexuelle ?	A eu aucun rapport <input type="checkbox"/> 0	Pas du tout <input type="checkbox"/> 1	Un peu <input type="checkbox"/> 2	Parfois <input type="checkbox"/> 3	Souvent <input type="checkbox"/> 4	Beaucoup <input type="checkbox"/> 5
À quel point étiez-vous satisfait lorsque vous avez eu des rapports sexuels ?	A eu aucun rapport <input type="checkbox"/> 0	Pas du tout <input type="checkbox"/> 1	Un peu <input type="checkbox"/> 2	Parfois <input type="checkbox"/> 3	Souvent <input type="checkbox"/> 4	Beaucoup <input type="checkbox"/> 5

Quel que soit votre sexe, veuillez répondre à chaque question ou **SANTÉ GÉNÉRALE** en cochant 1 case par ligne.

En général, comment décriveriez-vous votre santé ?	Excellent <input type="checkbox"/> 5	Très bien <input type="checkbox"/> 4	Bien <input type="checkbox"/> 3	Satisfaisant <input type="checkbox"/> 2	Faible <input type="checkbox"/> 1					
En général, que diriez-vous de votre qualité de vie ?	Excellent <input type="checkbox"/> 5	Très bien <input type="checkbox"/> 4	Bien <input type="checkbox"/> 3	Satisfaisant <input type="checkbox"/> 2	Faible <input type="checkbox"/> 1					
En général, comment évaluez-vous votre santé physique ?	Excellent <input type="checkbox"/> 5	Très bien <input type="checkbox"/> 4	Bien <input type="checkbox"/> 3	Satisfaisant <input type="checkbox"/> 2	Faible <input type="checkbox"/> 1					
En général, comment évaluez-vous votre santé mentale, y compris votre humeur et votre capacité de réflexion ?	Excellent <input type="checkbox"/> 5	Très bien <input type="checkbox"/> 4	Bien <input type="checkbox"/> 3	Satisfaisant <input type="checkbox"/> 2	Faible <input type="checkbox"/> 1					
En général, comment évaluez-vous votre satisfaction à l'égard de vos activités et relations sociales ?	Excellent <input type="checkbox"/> 5	Très bien <input type="checkbox"/> 4	Bien <input type="checkbox"/> 3	Satisfaisant <input type="checkbox"/> 2	Faible <input type="checkbox"/> 1					
En général, veuillez évaluer dans quelle mesure vous exercez vos activités et rôles sociaux habituels (cela inclut les activités à la maison, au travail et dans votre communauté, ainsi que les responsabilités en tant que parent, enfant, conjoint, ami...)	Excellent <input type="checkbox"/> 5	Très bien <input type="checkbox"/> 4	Bien <input type="checkbox"/> 3	Satisfaisant <input type="checkbox"/> 2	Faible <input type="checkbox"/> 1					
Dans quelle mesure êtes-vous capable d'effectuer vos activités physiques quotidiennes telles que marcher, monter des escaliers, porter des courses ou déplacer une chaise	Tout à fait <input type="checkbox"/> 5	Beaucoup <input type="checkbox"/> 4	Moyen <input type="checkbox"/> 3	Un peu <input type="checkbox"/> 2	Pas du tout <input type="checkbox"/> 1					
Au courant des 7 derniers jours...										
À quelle fréquence avez-vous été dérangé par des problèmes émotionnels tels que l'anxiété, la dépression ou l'irritabilité ?	Jamais <input type="checkbox"/> 1	Rarement <input type="checkbox"/> 2	Parfois <input type="checkbox"/> 3	Souvent <input type="checkbox"/> 4	Toujours <input type="checkbox"/> 5					
Comment évaluez-vous votre fatigue en moyenne ?	Nul <input type="checkbox"/> 1	Minime <input type="checkbox"/> 2	Modéré <input type="checkbox"/> 3	Sévère <input type="checkbox"/> 4	Très sévère <input type="checkbox"/> 5					
Comment évaluez-vous votre douleur en moyenne ?	<input type="checkbox"/> 0-pas de douleur <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 Pire douleur									

[For health care providers-PROMIS scoring methods <http://www.healthmeasures.net/score-and-interpret/calculate-scores>]

À quoi ressemblent vos selles la plupart du temps ? *Sélectionnez un type dans le tableau*

<input type="checkbox"/>	Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
<input type="checkbox"/>	Type 2		Sausage-shaped but lumpy
<input type="checkbox"/>	Type 3		Like a sausage but with cracks on its surface
<input type="checkbox"/>	Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
<input type="checkbox"/>	Type 5		Soft blobs with clear cut edges (passed easily)
<input type="checkbox"/>	Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, mushy stool
<input type="checkbox"/>	Type 7		Watery, no solid pieces. ENTIRELY LIQUID

13. Symptômes et Diagnostics Supplémentaires

Souffrez-vous de douleurs au niveau de la vulve, du clitoris, du scrotum, du pénis ou de l'anus ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Souffrez-vous d'engourdissement dans la même zone ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre douleur est-elle aggravée par la position assise ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La douleur vous réveille-t-elle la nuit ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà subi une infiltration du nerf pudendal ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, avez-vous ressenti une amélioration de la douleur (même temporaire) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà subi des blessures sportives graves (des blessures en courant, en soulevant des poids, en faisant de la gymnastique) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà été blessé à la tête, au cou, à la colonne vertébrale ou au dos lors d'un accident de la route ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà subi des blessures dues à une chute (au dos, au coccyx ou au cou) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Avez-vous déjà été diagnostiqué ou traité pour l'une de ces pathologies ? (Cochez tout se qui s'applique)

Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Endométriose	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Syndrome de fatigue chronique / Myéloencéphalite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cystite interstitielle / Syndrome de la douleur vésicale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lombalgie chronique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maux de tête ou migraines chroniques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ATM (Trouble de l'articulation temporo-mandibulaire)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Frottis cervical anormal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cancer du sein	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre :		

14. Antécédents Urinaires

Souffrez-vous de l'un des SYMPTÔMES URINAIRES suivants ? (Cochez tout se qui s'applique)

Fuites urinaires en cas de toux, d'éternuement ou de rire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Difficultés à uriner ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Infections fréquentes de la vessie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Présence de sang dans les urines ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sensation de vessie pleine après avoir uriné ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Besoin d'uriner à nouveau quelques minutes après avoir uriné ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Besoin urgent d'uriner ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si vous avez été attribué au sexe FÉMININ à la naissance, remplissez le questionnaire sur le fonctionnement de la vessie et les symptômes. Veuillez répondre aux questions 4-6 UNIQUEMENT si vous avez des rapports sexuels.

Douleurs Pelviennes / Fréquence Urinaire	0	1	2	3	4
1. Combien de fois allez-vous aux toilettes au cours de la JOURNÉE (pour uriner ou vider votre vessie) ?	3-6 <input type="checkbox"/>	7-10 <input type="checkbox"/>	11-14 <input type="checkbox"/>	15-19 <input type="checkbox"/>	20 ou plus <input type="checkbox"/>
2. Combien de fois allez-vous aux toilettes au cours de la NUIT (pour uriner ou vider votre vessie) ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 ou plus <input type="checkbox"/>
3. Si vous vous levez la nuit pour uriner ou vider votre vessie, cela vous gêne-t-il ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Peu <input type="checkbox"/>	Moyen <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>	
4. Êtes-vous sexuellement actif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
5. Si oui, avez-vous ou avez-vous déjà eu des douleurs ou des symptômes pendant ou après les rapports sexuels ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
6. Si vous avez des douleurs lors des rapports sexuels, cela vous incite-t-il à éviter les rapports ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
7. Souffrez-vous de douleurs liées à la vessie ou au bassin (bas-ventre, lèvres, vagin, urètre, périnée) ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
8. Avez-vous d'un besoin impérieux d'uriner après avoir uriner ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
9. Si vous souffrez de douleurs, est-ce habituellement ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Minime <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Sévère <input type="checkbox"/>	
10. Votre douleur vous gêne-t-elle ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	
11. Si vous avez une urgence mictionnelle, est-ce habituellement ?		Minime <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Sévère <input type="checkbox"/>	
12. Votre urgence mictionnelle vous dérange-t-elle ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	

Si vous êtes attribué au sexe MASCULIN à la naissance, veuillez remplir l'index des symptômes de la prostatite chronique (NIH) :

1. Au cours de la semaine dernière, avez-vous ressenti une douleur ou une gêne dans les zones suivantes ?	
a. Zone entre le rectum et les testicules (périnée)	<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
b. Testicules	<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
c. Extrémité du pénis (sans rapport avec la miction)	<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
d. Sous la taille, dans la région du pubis ou de la vessie	<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
2. Au cours de la semaine dernière, avez-vous ressenti :	
a. Douleur ou brûlure lors de la miction ?	<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
b. Douleur ou gêne pendant ou après l'orgasme sexuel (éjaculation)?	<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
3. Combien de fois avez-vous ressenti une douleur ou une gêne dans l'une de ces zones (a-d) au cours de la semaine dernière ?	<input type="checkbox"/> 0 Jamais <input type="checkbox"/> 1 Rarement <input type="checkbox"/> 2 Parfois <input type="checkbox"/> 3 Souvent <input type="checkbox"/> 4 Très souvent <input type="checkbox"/> 5 Toujours
4. Quel chiffre décrit le mieux votre douleur ou gêne MOYENNE les jours où vous l'avez ressentie, au cours de la semaine dernière ?	Pas de douleur Pire douleur imaginable <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
5. Combien de fois avez-vous eu la sensation de ne pas vider complètement votre vessie après avoir fini d'uriner, au cours de la semaine dernière ?	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Moins d'une fois sur 5 <input type="checkbox"/> 2 Moins de la moitié du temps <input type="checkbox"/> 3 Environ la moitié du temps <input type="checkbox"/> 4 Plus de la moitié du temps <input type="checkbox"/> 5 Presque toujours
6. Combien de fois avez-vous eu besoin d'uriner à nouveau moins de deux heures après avoir fini d'uriner, au cours de la semaine dernière ?	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Moins d'une fois sur 5 <input type="checkbox"/> 2 Moins de la moitié du temps <input type="checkbox"/> 3 Environ la moitié du temps <input type="checkbox"/> 4 Plus de la moitié du temps <input type="checkbox"/> 5 Presque toujours
7. Dans quelle mesure vos symptômes vous ont-ils empêché de faire les choses que vous feriez habituellement, au cours de la semaine dernière ?	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Parfois <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup
8. Dans quelle mesure avez-vous pensé à vos symptômes au cours de la semaine dernière ?	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Parfois <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup
9. Si vous deviez passer le reste de votre vie avec vos symptômes tels qu'ils se sont manifestés au cours de la semaine dernière, que penseriez-vous de cette situation ?	<input type="checkbox"/> 0 Enchanté <input type="checkbox"/> 1 Heureux(se) <input type="checkbox"/> 2 Plutôt satisfait <input type="checkbox"/> 3 Mixte (satisfait et insatisfait à parts égales) <input type="checkbox"/> 4 Majoritairement insatisfait <input type="checkbox"/> 5 Malheureux <input type="checkbox"/> 6 Très mauvais
Score	
Douleur : Totale de 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 and 4 =	
Symptômes urinaires : Total de 5 and 6 =	
Impact sur la qualité de vie : Total de 7, 8 and 9 =	

15. Antécédents Psychosociaux

Quelle est la principale source de stress dans votre vie ? Travail Famille Financier Social Relations

Quelles sont les personnes à qui vous parlez de votre douleur dans les moments de stress ?
 Conjoint/ Partenaire Membre de la famille Groupe de soutien Religieux
 Médecin/Infirmière Prestataire de santé mentale Ami(e) Je prends soin de moi

Avez-vous déjà subi des abus ou des traumatismes en tant qu'enfant (13 ans ou moins) ? (Cochez tout ce qui s'applique)
 Émotionnel Physique Sexuelle Violence Domestique

Avez-vous déjà été victime d'abus à l'âge adulte ?
 Émotionnel Physique Sexuelle Violence Domestique

Êtes-vous actuellement victime d'un abus ?
 Émotionnel Physique Sexuelle Violence Domestique

Avez-vous déjà reçu un traitement pour la santé mentale ?
 Médicaments Thérapie Hospitalisation

Avez-vous encore un traitement pour la santé mentale ? Oui Non
Si oui, veuillez expliquer :

Avez-vous des antécédents de ?
 Dépression Anxiété Attaque de panique Troubles bipolaires
 Stress post-traumatique Traumatisme Troubles de l'alimentation Aucun

Par rapport à d'autres facteurs de stress dans votre vie, quelle est l'importance de votre douleur ?
 La plus importante Un problème parmi d'autres

Y a-t-il des relations qui, selon vous, pourraient contribuer à vos symptômes ? Oui Non

Les personnes qui vous entourent au quotidien vous comprennent-elles ? Oui Non

Si vous avez un partenaire, direz-vous qu'il vous soutient ? Oui Non

Votre partenaire remarque-t-il que vous souffrez ? Oui Non

Comment votre partenaire réagit-il lorsque vous souffrez ? Expliquez :

Pensez-vous que votre douleur a un impact sur d'autres aspects de votre vie ?
 Éducation Famille Activités récréatives
 Travail Amis Intimité sexuelle

Veillez lire chaque affirmation et cochez un chiffre 0, 1, 2, ou 3 qui indique à quel point l'énoncé s'est appliqué à vous au courant de la semaine dernière. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, ne passez pas trop de temps sur une affirmation.

DASS-21	Pas du tout	Rare	Parfois	Souvent
J'ai eu du mal à me détendre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J'ai ressenti une sécheresse buccale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Je n'arrivais pas à ressentir la moindre sensation positive	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J'ai éprouvé des difficultés respiratoires (par exemple, respiration trop rapide, essoufflement en l'absence d'effort physique)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J'ai eu du mal à prendre l'initiative de faire des choses	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J'avais tendance à réagir de manière excessive aux situations	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J'ai ressenti des tremblements (par exemple dans les mains)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J'ai l'impression de dépenser beaucoup d'énergie nerveuse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Je m'inquiétais des situations dans lesquelles je pourrais paniquer et me ridiculiser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J'ai l'impression de n'avoir aucune raison de me réjouir	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Je me suis senti agitée	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J'avais du mal à me détendre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Je me sentais abbatue et déprimée	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J'étais intolérante à l'égard de tout ce qui m'empêchait de continuer ce que je faisais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J'avais l'impression d'être au bord de la panique	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Je n'arrivais pas à m'enthousiasmer pour quoi que ce soit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Je sentais que je ne valais pas grand-chose en tant que personne	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J'ai senti que j'étais plutôt susceptible	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J'étais consciente des battements de mon cœur en l'absence d'effort physique (par exemple, une sensation d'accélération de la fréquence cardiaque, un battement manquant)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
J'ai eu peur sans raison valable	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Consommez-vous actuellement ou avez-vous consommé l'une des substances suivantes au cours des 12 DERNIERS MOIS ? (Cochez tout ce qui s'applique)

Substance	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Combien de fois par semaine ?	L'utilisez-vous pour la douleur ?
Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tabac ou produit à bas de nicotine	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cocaïne / Crack	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Héroïne	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Opioïdes	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Méthamphétamines	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Stimulants	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ecstasy	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Psychédéliques	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Marijuana/THC/Cannabis	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Merci d'avoir complété ce questionnaire. Ces informations aideront le centre à mieux prendre soin de vous.

Pour plus d'information sur les douleurs pelviennes chroniques et comment vous préparer pour votre évaluation clinique, visitez la section « patient resources » et la section « pamphlets » du site web de l'« International Pelvic Pain Society » sur www.pelvicpain.org.

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT :

Formulaire examiné par (Nom) :

Date de révision :

Commentaires des prestataires de soins de santé :