



FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE SUIVI

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

Révisé par le Dr Geraldine Brichant
Octobre 2024

Numéro du dossier (à usage interne) :

Date :

1. Coordonnées

Nom :	Prénom :				
Date de naissance :	Âge :				
Email :	Tél. :				
Comment préférez-vous qu'on s'adresse à vous ? (Cochez tout 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 tout ce qui s'applique)					
<input type="checkbox"/> Français		<input type="checkbox"/> Autre :			

2. Antécédents Médicaux et Chirurgicaux

Depuis votre dernière visite, avez-vous reçu un diagnostic de **NOUVEAUX PROBLÈMES MÉDICAUX ?**

- Non Oui, veuillez décrire ici :

Depuis votre dernière visite, avez-vous bénéficié de **NOUVELLES CHIRURGIES ?**

- Non Oui, veuillez décrire ici :

Depuis votre dernière visite, est-ce qu'un membre de votre **FAMILLE** a reçu un **NOUVEAU** diagnostic de l'une de ces pathologies ? (Cochez tout ce qui s'applique)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Endométriose | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes chroniques | <input type="checkbox"/> Syndrome du colon irritable |
| <input type="checkbox"/> Cancer du colon | <input type="checkbox"/> Cancer du sein | <input type="checkbox"/> Cancer de l'utérus | <input type="checkbox"/> Cancer de l'ovaire |
| <input type="checkbox"/> Syndrome de fatigue chronique | <input type="checkbox"/> Anxiété/Crises de panique | <input type="checkbox"/> Dépression | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique | <input type="checkbox"/> Cystite interstitielle | <input type="checkbox"/> Migraine | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'articulation temporo-mandibulaire | | <input type="checkbox"/> Autre : | |

Par rapport à avant de recevoir un traitement pour la gestion de la douleur dans ce service, comment vous décrivez-vous globalement maintenant ?

- Beaucoup mieux Mieux À peu près pareil Pire Bien pire

Quelle affirmation décrit le mieux votre douleur ? (Cochez une seule case)

- Toujours présent (toujours la même intensité)
 Toujours présent (le niveau de douleur varie)
 Souvent présent (périodes sans douleur de moins de 6 heures)
 Présent occasionnellement (une à plusieurs fois par jour pendant jusqu'à une heure)
 Rarement présent (la douleur survient tous les quelques jours ou semaines)

Évaluez la gravité de votre douleur (*votre douleur PRINIPALE*) 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	Tout 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

Veuillez répondre à chaque question ou affirmation concernant votre **SANTÉ GÉNÉRALE** en cochant 1 case par ligne.

En général, comment décririez-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									

Avez-vous été sexuellement actif depuis votre dernière visite ?

Non, PASSEZ À LA PAGE 6

Oui, veuillez répondre aux questionnaires sur le fonctionnement sexuel sur la page 4 (FEMME à la naissance) ou 5 (HOMME à la naissance)

Attribué au sexe **FÉMININ** à la naissance, le questionnaire sexuel est conçu pour saisir l'impact de vos douleurs chroniques sur votre vie sexuelle. **(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, le questionnaire sexuel est conçu pour étudier l'impact de vos douleurs chroniques sur votre vie sexuelle. **(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

Veillez compléter les médicaments et les thérapies qui vous ont été prescrits lors de la dernière visite et dites-nous si vous avez été en mesure de respecter ces traitements :

Médicament ou thérapie	Compliance	Effets secondaires, complications, ou raison pour laquelle vous n'avez pas pu suivre ce traitement
	<input type="checkbox"/> Capable de prendre ou faire <input type="checkbox"/> Incapable de prendre ou faire	
	<input type="checkbox"/> Capable de prendre ou faire <input type="checkbox"/> Incapable de prendre ou faire	
	<input type="checkbox"/> Capable de prendre ou faire <input type="checkbox"/> Incapable de prendre ou faire	
	<input type="checkbox"/> Capable de prendre ou faire <input type="checkbox"/> Incapable de prendre ou faire	
	<input type="checkbox"/> Capable de prendre ou faire <input type="checkbox"/> Incapable de prendre ou faire	
	<input type="checkbox"/> Capable de prendre ou faire <input type="checkbox"/> Incapable de prendre ou faire	

Depuis votre dernière consultation, avez-vous consulté d'autres professionnels de santé pour la gestion de votre douleur ?

Non Oui, décrivez :

Depuis votre dernière visite, avez-vous suivi d'autres traitements qui n'avaient pas été initialement prescrits par notre centre ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Acupuncture Massage Régime alimentaire Kiné Biofeedback
 Injection de trigger points Injection articulaire Injection de Botox Ablation par radiofréquence
 Épidurale Sexothérapie Unité TENS Neurostimulation
 Santé mentale Bloc nerveux Aquathérapie Instillations vésicales
 Thérapie cognitivo-comportementale Stimulation percutanée du nerf tibial
 Traitement hormonal – si oui, quel type ? **(Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)**

Pilules Patch Anneaux Injections Œstrogène Progestérone
 Autres traitements :

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 abattue 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

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, visitez www.pelvicpain.org ou suivez l'« International Pelvic Pain Society » sur Facebook et Instagram.

Pour usage interne SEULEMENT :

Formulaire examiné par (Nom) :

Date de révision :

Commentaires des prestataires de soins de santé :