



Questionnaire de planification du traitement de la douleur

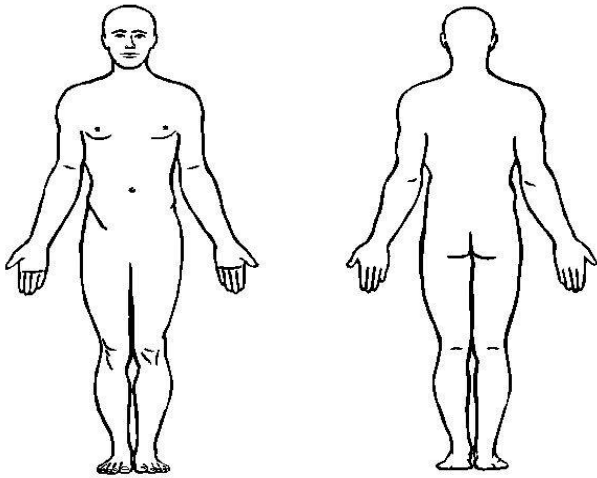
Nous voulons mieux comprendre votre douleur ; qu'elle soit liée au trouble hémorragiques ou à d'autres types. Nous utiliserons vos réponses pour aider à planifier un traitement qui réduira la douleur et vous aidera à faire ce que vous souhaitez faire. Veuillez répondre aux questions sur les deux côtés de la page.

Date:

1. Indiquez sur le diagramme ci-dessous où vous avez ressenti une douleur corporelle/physique quelconque au cours des 30 derniers jours.

 Encerclez toute zone où vous avez ressenti de la douleur ou de l'inconfort.

 Indiquez d'un X toute zone où vous avez ressenti de l'engourdissement, des picotements ou des



2. Veuillez répondre aux questions suivantes pour indiquer l'intensité de votre douleur au cours des 30 derniers jours. En répondant, pensez à la zone qui vous préoccupe le plus. (Encerclez le numéro)

a) Comment évalueriez-vous votre douleur à l'instant ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de douleur La douleur la plus intense

b) Comment évalueriez-vous la douleur la plus faible que vous avez ressentie au cours des 30 derniers jours ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de douleur La douleur la plus intense

c) Comment évalueriez-vous la douleur la plus forte que vous avez ressentie au cours des 30 derniers jours ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de douleur La douleur la plus intense

d) Comment évalueriez-vous votre niveau normal de douleur au cours des 30 derniers jours ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de douleur La douleur la plus intense

e) A quelle fréquence ressentez-vous de la douleur habituellement ? (encerclez le mot)

Jamais ou rarement Environ une fois par mois Environ une fois par semaine Quelques fois par semaine Quotidiennement

ADDRESSOGRAPH

3. Les mots suivants sont parfois utilisés pour décrire la sensation de douleur. Encerclez **TOUS** les mots qui décrivent la douleur que vous avez ressentie les 30 derniers jours (s'il y a lieu).

Lancinante	Douleureuse	Aiguë	Délicate	Pression	Fatigante
Récurrente	Brûlante	Sensible au toucher	Chocs électriques	Fourmillement	Picotement
Perçante	Atroce	Vive	Constante	Va et vient	

Veuillez lister tout autre mot que vous utilisez pour décrire votre douleur.

4. a) Qu'est-ce qui a atténué votre douleur au cours des 30 derniers jours (exemple : glace, activité, positions) ?

b) Qu'est-ce qui a amplifié votre douleur au cours des 30 derniers jours (exemple : glace, activité, positions) ?

5. a) Y a-t-il un moment de la journée où votre douleur est plus perceptible (pire) ? (Encerclez) Oui / Non

b) Si oui, à quel moment de la journée votre douleur est la pire ?

6. a) Au cours des 30 derniers jours, avez-vous limité certaines de vos activités à cause de la douleur (exemple: travail/ école, activités sociales, sexe) ? Oui / Non

b) Si oui, quelles activités avez-vous limité et à quelle fréquence ?

7. a) La douleur a-t-elle affecté votre humeur au cours des 30 derniers jours ? Oui / Non

b) Si oui, à quelle fréquence et quel a été l'effet?

8. Comment évalueriez-vous votre satisfaction à l'égard de votre gestion actuelle de la douleur ?

Très insatisfait Un peu insatisfait Ni satisfait ni insatisfait Un peu satisfait Très satisfait

9. Objectifs du traitement: Comment pouvons-nous vous aider ?

Qu'avez-vous utilisé pour apaiser votre douleur **depuis votre dernière visite à la clinique** ? Votre équipe de traitement utilisera vos réponses pour discuter avec vous des options de gestion de la douleur.

INSTRUCTIONS : Cochez la case avec un ✓ à côté de tout traitement que vous avez utilisé depuis votre dernière visite à la clinique pour les troubles de saignement.



(REMARQUE : certains de ces traitements ne sont pas recommandés. Discuter avec votre médecin de ce qui vous convient)

10. PHARMACEUTIQUE / MEDICAL	14. PREVENTION
Médicament contre la douleur en vente libre	Traitement préventif à l'aide de facteur (facteur prophylactique)
Acétaminophène (exemple : Tylenol)	Visites régulières à la clinique
Anti-inflammatoires AINS (exemple : Aspirine, ibuprofène, Motrin, Advil, Aleve)	Prévenir la douleur causée par les injections (exemple : distraction, analgésiques topiques, respiration profonde)
Pommades topiques (exemple : Voltaren)	Aides à la mobilité (exemple : canne, déambulateur, chaise roulante)
Somnifères (exemple : TylenolPM, Benadryl, Gravol)	Attelles, genouillère, orthèses
Médicaments contre la douleur sur ordonnance	Rythme : alterner activité et repos tout au long de la journée
Pilules ou injections de stéroïde (exemple : prednisone)	Configuration ergonomique au travail ou à la maison (exemple : aménagement d'un poste informatique, tapis anti-fatigue)
Opioides (exemple : Tylenol#3, Morphine, Dilaudid)	Eviter les activités douloureuses
Anti-inflammatoires AINS (exemple : Arthrotec, Celebrex)	Choix ou changement de travail/carrière
Relaxant (exemple : Flexeril, Valium, Ativan)	Autres :
Médicaments contre les douleurs névralgiques (exemple : gabapentine, prégabaline)	15. Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous votre capacité à gérer votre douleur à l'aide de traitements préventifs ? (encercler le numéro)
Antidépresseurs (exemple : amitriptyline, nortriptyline, Cymbalta)	N/A 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pas bien du tout Gérer très bien
Cannabis	16. PHYSIQUE
Autres :	Agents thermiques
11. Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous votre capacité à gérer votre douleur avec des médicaments / traitements médicaux ? (encercler le numéro)	Chaleur (exemple : compresses chaudes, bains chauds)
N/A 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pas bien du tout Gérer très bien	Froid (exemple : sacs de glace, bains froids)
Médecins spécialistes (encercler si vous avez eu une consultation avec les spécialistes suivants) : spécialiste de la douleur, anesthésiste, physiatre, rhumatologue, autres (énumérer s'il vous plaît)	Mouvements articulaires ou musculaires (exemple : physiothérapie, chiropractie, massage)
Veuillez fournir une liste de tout produit naturopathique, vitaminé, à base de plantes ou homéopathique que vous prenez.	Acuponcture
12. PSYCHOLOGIQUE	Agents électriques (exemple: stimulation électrique transcutanée du nerf – TENS)
Programme de formation sur l'autogestion de la douleur	Other:
Distraction (exemple: regarder la télé)	17. Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous votre capacité à gérer votre douleur à l'aide de traitements physiques ? (encercler le numéro)
Relaxation (exemple: respiration profonde, imagerie)	N/A 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pas bien du tout Gérer très bien
Consultation relationnelle	EXERCICE
Spiritualité (exemple: prière, purification, méditation)	18. Etirement/amplitude de mouvements (exemple : étirements, yoga). À quelle fréquence faites-vous des exercices d'étirement ? _____ fois/semaine
Traitement avec un psychologue or un travailleur social (exemple : thérapie cognitive du comportement, hypnose)	19. Musculation (exemple: soulevez des poids). A quelle fréquence faites-vous des exercices de musculation ? _____ fois/semaine
Autres :	20. Cardiovasculaire (exemple : marcher, courir, nager, danser). À quelle fréquence faites-vous des exercices de conditionnement physique cardiovasculaire/aérobique ? _____ fois/semaine pendant _____ minutes par séance.
13. Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous votre capacité à gérer votre douleur avec des traitements psychologiques ? (encercler le numéro)	
N/A 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pas bien du tout Gérer très bien	