

## Consultation douleur chronique Equipe UDMC

Unité Douleur et Médecines Complémentaires  
Hôpital NOVO - Site de PONTOISE

Secrétariat ☎ : 01.30.75.45.49

<https://hopital-novo.fr/ch-pontoise/service/douleur-chronique/>

Veillez nous retourner le questionnaire complété ainsi que la lettre du médecin qui vous adresse à l'adresse suivante :

**Hôpital NOVO**  
**Consultation douleur**  
**6, Avenue de l'Île de France - 95300 PONTOISE**

@ : [consultation.douleur@ght-novo.fr](mailto:consultation.douleur@ght-novo.fr)

Nous vous recontacterons pour fixer un rendez-vous auprès d'un médecin de la consultation douleur. Merci

La douleur chronique est une maladie à part entière qui, pour être bien prise en charge, nécessite une approche pluridisciplinaire. Notre équipe a pour mission de vous prendre en charge de manière globale. Pour ce faire, il est également nécessaire d'avoir votre participation collaborative et active. Ainsi, par diverses approches, médicamenteuse et non médicamenteuse, différents modes : consultations, hospitalisation de jour, de semaine, ateliers d'éducation thérapeutique..., nous vous accompagnons dans votre demande de soins.

Merci de bien vouloir répondre à ces quelques questions et de signer ce présent formulaire si vous souhaitez vous engager dans votre prise en charge.

Toute l'équipe UDMC

**NOM, Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Adresse postale :** ..... **Code Postal :** ..... **Ville :** .....

**Tel. portable :** ..... **Tél. fixe :** .....

**Adresse mail :** .....

**Etes-vous :**

Célibataire     Marié(e)     Concubinage     Veuve(f)     Divorcé(e)/Séparé(e)

Autre :

Nombre d'enfants : .....

Nombre de personnes vivant dans le même logement (y compris vous) : .....

En activité

• Profession : .....

.....

en retraite

en arrêt de travail

en accident de travail

en invalidité

au chômage

depuis : .....

Autre situation : .....

**Numéro de Sécurité sociale :** .....

**Etes-vous à 100 % (ALD 30) : OUI / NON**  
**Dossier MDPH : OUI / NON**

**Pour quelle maladie ?**

**Mode de vie :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> appartement                    | <input type="checkbox"/> maison individuelle                          |
| <input type="checkbox"/> Maison de retraite             | <input type="checkbox"/> foyer logement                               |
| <input type="checkbox"/> Autres.....                    |   |
| <input type="checkbox"/> Accessibilité (étages) : ..... | <input type="checkbox"/> ascenseur <input type="checkbox"/> escaliers |
| <input type="checkbox"/> Propriétaire                   | <input type="checkbox"/> locataire                                    |

**Médecin traitant :** Docteur .....

Adresse : .....

.....

Téléphone ☎ : .....

**ANTECEDENTS MEDICAUX-CHIRURGICAUX :**

**Poids :** .....      **Taille :** .....      Droitier(e)       Gaucher (e)

**Allergie(s) médicament(s) :** OUI / NON      si Oui Lesquelles : .....

**Maladies principales depuis la naissance :**

**Interventions chirurgicales (Nature et Date) :**

**Médicaments que vous prenez actuellement (noms et doses/jour) (merci de joindre une copie de l'ordonnance):**

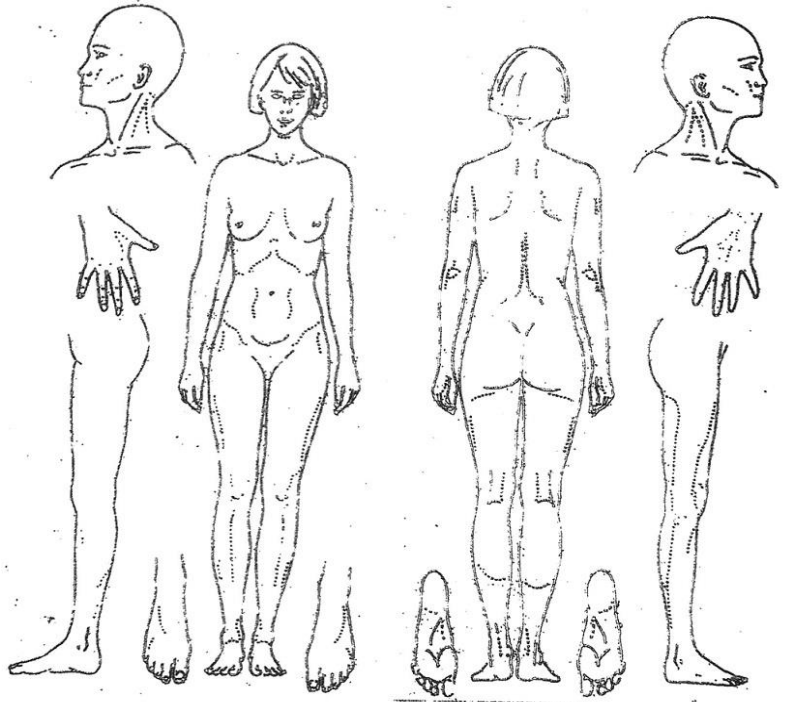
**Avez-vous été hospitalisé :** Centre Hospitalier de Pontoise - Date : .....

**Autre Hôpital – (Préciser Nom et Date) :** .....

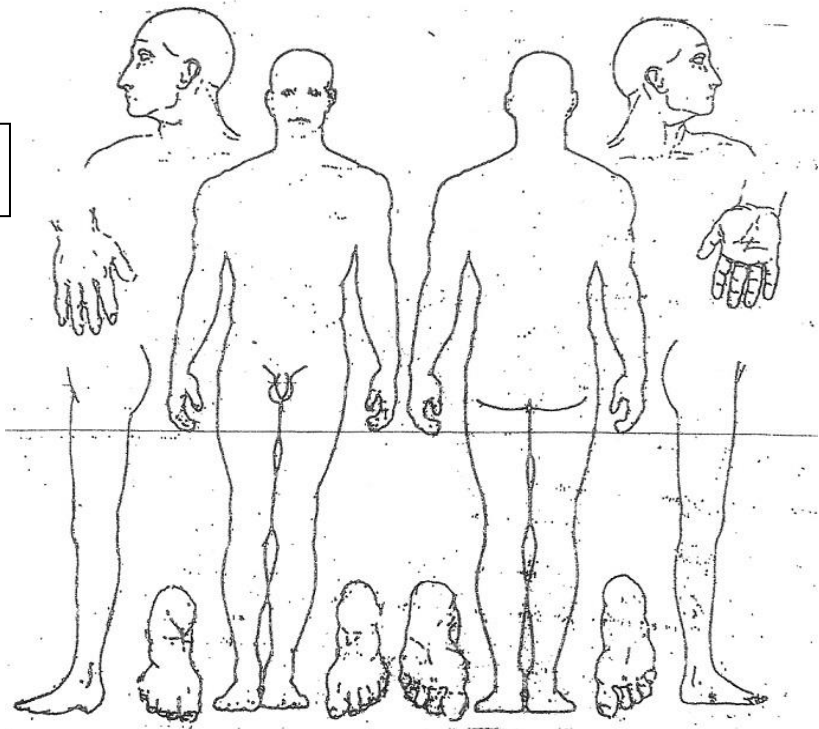
**LA DOULEUR qui vous amène à consulter:**

Localisation : choisissez F ou H puis le ou les dessins permettant de décrire le plus précisément l'endroit où vous percevez votre douleur. Hachurez (///) cette zone en insistant davantage sur les endroits les plus douloureux.

Femme ♀



Homme ♂



**PROFIL :**

GAUCHE

DROIT

**Date de début des douleurs :** .....

**Début ? :** Progressif

brutal

## ECHELLES douleur (choisissez en *une des deux* à remplir)

Lisez chaque question puis entourez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réponse immédiate à chaque question fournira une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée

### 1 ECHELLE NUMERIQUE

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur », la note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

**Douleur au moment présent :**

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

**Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :**

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

**Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :**

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

**OU**

### 2 ECHELLE VERBALE SIMPLE

Pour préciser l'importance de votre douleur, répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

**Douleur au moment présent :**

0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 Extrêmement intense
--------------	-------------	--------------	--------------	--------------------------

**Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :**

0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 Extrêmement intense
--------------	-------------	--------------	--------------	--------------------------

**Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :**

0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 Extrêmement intense
--------------	-------------	--------------	--------------	--------------------------

## RETENTISSEMENT

Les émotions jouent un rôle important dans la perception de la douleur. Si votre médecin est bien au courant de votre état émotionnel actuel, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de se familiariser avec votre état émotif de ces derniers jours, et par la même occasion de mieux comprendre ce que vous lui expliquerez.

### *ECHELLE DU RETENTISSEMENT EMOTIONNEL* 😊😐😞

*Entourez votre réponse*

**A. Je me sens tendu ou énervé :**

- 3 La plupart du temps
- 2 Souvent
- 1 De temps en temps
- 0 Jamais

**D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :**

- 0 Oui, tout autant
- 1 Pas autant
- 2 Un peu seulement
- 3 Presque plus

**A. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :**

- 3 Oui, très nettement
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave
- 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0 Pas du tout

**D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :**

- 0 Autant que par le passé
- 1 Plus autant qu'avant
- 2 Vraiment moins qu'avant
- 3 Plus du tout

**A. Je me fais du souci :**

- 3 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 1 Occasionnellement
- 0 Très occasionnellement

**D. Je suis de bonne humeur :**

- 3 Jamais
- 2 Rarement
- 1 Assez souvent
- 0 La plupart du temps

**A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :**

- 0 Oui, quoi qu'il arrive
- 1 Oui, en général
- 2 Rarement
- 3 Jamais

**D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :**

- 3 Presque toujours
- 2 Très souvent
- 1 Parfois
- 0 Jamais

**A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :**

- 0 Jamais
- 1 Parfois
- 2 Assez souvent
- 3 Très souvent

**D. Je ne m'intéresse plus du tout à mon apparence :**

- 3 Plus du tout
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé

**A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :**

- 3 Oui, c'est tout à fait le cas
- 2 Un peu
- 1 Pas tellement
- 0 Pas du tout

**D. Je me réjouis à d'avance à l'idée de faire certaines choses :**

- 0 Autant qu'avant
- 1 Un peu moins qu'avant
- 2 Bien moins qu'avant
- 3 Presque jamais

**A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :**

- 3 Vraiment très souvent
- 2 Assez souvent
- 1 Pas très souvent
- 0 Jamais

**D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :**

- 0 Souvent
- 1 Parfois
- 2 Rarement
- 3 Très rarement

Total général : ..... Total A : ..... Total D : .....

***ECHELLE DU RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR SUR LE COMPORTEMENT QUOTIDIEN***

*Pour chacune des 6 questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :*

**Humeur**

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

**Capacité à marcher**

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

**Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)**

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

### Relation avec les autres

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

### Sommeil

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

### Goût de vivre

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

## POUR ALLER PLUS LOIN...

**La prise en charge sur l'hôpital peut être importante, combien de temps pensez-vous pouvoir vous libérer de vos obligations de travail :**

- Aucun       quelques heures à ½ journée       1 à 2j/semaine  
 1 à 2j /mois       5 à 7j/semaine

**Quel temps pensez-vous pouvoir dégager à votre domicile pour votre prise en charge :**

- Aucun       1 à 2j/semaine       1 à 2j /mois       5 à 7j/semaine

**Dans ce rythme choisi combien de temps pouvez-vous dégager dans votre journée :**

- < 10min       10-15min       15-30 min       30min à 1h

Maintenant que vous venez de remplir votre dossier douleur, merci de le renvoyer au secrétariat avec :

- 1. Lettre détaillée, de votre médecin, motivant la consultation**
- 2. Vos comptes rendus de spécialiste : neurologue, rhumatologue, gynécologue, bilan radiographique, bilan sanguin sur une période d'environ 1 an.**
- 3. Votre dernière ordonnance de traitement s'il y en a un en cours en rapport avec vos douleurs.**
- 4. Compte rendu hospitalier si nécessaires.**

**Si tous ces documents ne sont pas joints à votre dossier, celui-ci vous sera retourné pour manque de complément d'information.**

**Les dossiers sont traités au mois par mois (janvier = mars, février = avril, mars = mai, avril = juin...) par la responsable de service, le secrétariat vous contactera pour organiser la suite, si votre dossier est accepté.**

Devant l'affluence des demandes, il faut compter **un délai d'attente d'environ 10 mois** pour une première prise en charge.

Si votre dossier est accepté, vous serez reçu « **en consultation d'évaluation –hôpital de jour d'évaluation** » où vous rencontrerez plusieurs membres de l'équipe (prévoir une demi-journée sur l'hôpital).

**Si vous annulez votre rendez-vous, il n'est pas garanti que l'on puisse vous recevoir dans des délais raisonnables.**

Notre équipe, pluridisciplinaire, constituée de médecins spécialisés (4) dont psychiatre, d'infirmières, psychologue, ostéopathe etc... formée à la prise en charge des douleurs chroniques complexes (non aiguë), **peut en cas de besoin urgent, au vue de votre dossier et de vos demandes, vous ré-adresser vers un spécialiste plus adapté avant la prise en charge douleur chronique.**

J'ai pris connaissance du document

Date et signature

Je m'engage dans ma prise en charge

MERCI DE VOS REPONSES - Equipe UDMC