



## Pour le centre de douleur :

Nous vous proposons de compléter ce questionnaire  
qui nous permettra de vous guider au mieux

Merci de votre collaboration.

Dr Goossens Fabrice

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° de téléphone : .....

Mail : .....

Adresse : .....

.....

**Vous venez avec ce questionnaire le jour de la consultation OU vous pouvez le renvoyer  
par mail à [info@alter-natives.be](mailto:info@alter-natives.be)**

**À REMPLIR PAR LE MEDECIN DEMANDEUR**

Coordonnées du médecin demandeur :

Nom, prénom : .....

Cachet :

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Mail : .....

**TYPE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE**

**Pas de péridurale au cabinet ( milieu hospitalier ) , caudales et infiltrations facettes oui !**

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**PARCOURS**

- Avis et examens complémentaires réalisés (veuillez joindre SVP une copie des avis et examens éventuellement déjà réalisés) :

.....  
.....  
.....

- Antécédents médicaux :

.....  
.....  
.....

- Antécédents chirurgicaux :

.....  
 .....

- Antécédents traumatiques physiques et/ou émotionnels :

.....  
 .....

**TRAITEMENT**

- Médicaments en cours (antalgiques et autres):

Nom	Dosage	Fréquence

- Médicaments tentés antérieurement mal tolérés ou inefficaces :

.....  
 .....

- Soutien psychologique ou psychiatrique :  oui  non

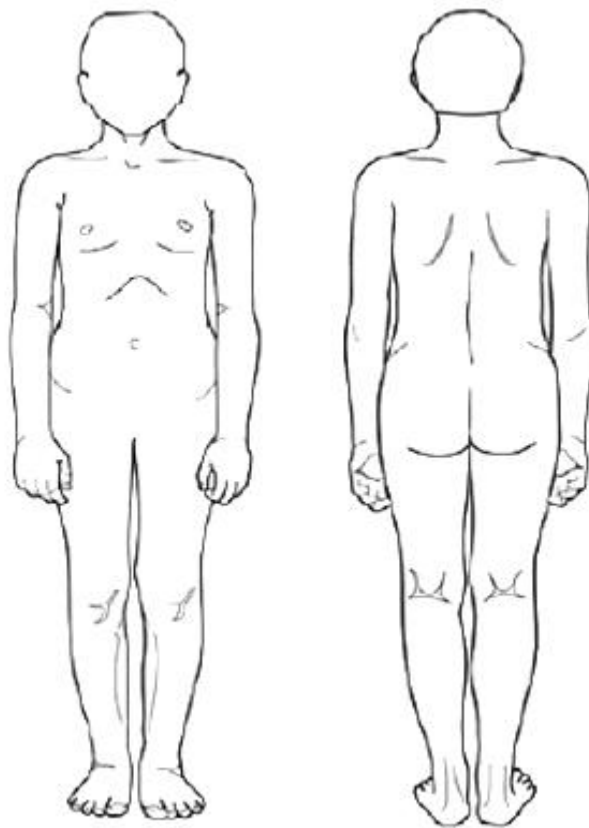
- Kinésithérapie :  Oui  Non  
 En cours  Terminée  
 Nombre de séances effectuées pour ces douleurs-ci : .....

- Suivi dans un autre Centre de la Douleur :  oui  non  
 Si oui : dans quel Centre : .....  
 Type de prise en charge : .....  
 (Auriez-vous éventuellement un rapport à nous transmettre concernant cette prise en charge ?)

# A REMPLIR PAR LE PATIENT

## OU J'AI MAL

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



## QUAND J'AI MAL

- J'ai mal :  Tout le temps  Pas tout le temps
- J'ai mal :  Tout le temps aussi fort  Parfois plus parfois moins
- Troubles du sommeil :  oui  Non
- Mes douleurs sont aggravées par (exemple : la marche) :

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

## COMMENT J'AI MAL

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

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

- Type de douleur
  - Lancement :  oui  non
  - Brûlure :  oui  non
  - Sensation de froid douloureux :  oui  non
  - Décharges électriques :  oui  non
  - Fourmillements :  oui  non
  - Picotements :  oui  non
  - Engourdissements :  oui  non
  - Démangeaisons :  oui  non
  - Douleur aggravée par le frottement de la peau :  oui  non

## PROFESSION

- Profession actuelle ou antérieure : .....
- Etes- vous en arrêt de travail :  oui  non
  - Si oui, depuis quand : .....
- S'agit-il d'un accident de travail :  oui  non

## CONDITION PHYSIQUE - LOISIRS

- Poids : ..... kg - Taille : .....m
- Activités sportives : oui/non
  - Type : .....
  - Fréquence : ..... fois /semaine
- Je suis capable de :
  - Monter deux étages sans m'arrêter :  oui  non
- Loisirs – occupations :

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire