

Date : _____ Patient : Nom : _____ Prénom : _____

Comment évalueriez-vous votre douleur à cet instant ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

pas de douleur douleur maximale

Quelle a été votre **plus forte** douleur au cours des 4 dernières semaines ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

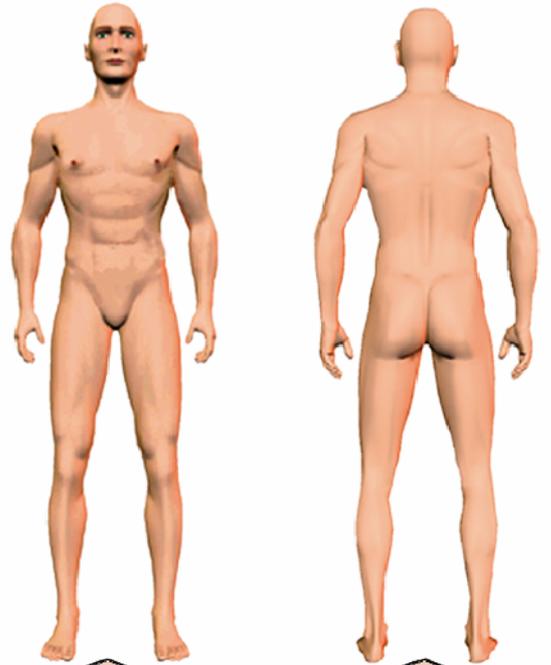
pas de douleur douleur maximale

Quelle a été l'intensité **moyenne** de votre douleur au cours des 4 dernières semaines ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

pas de douleur douleur maximale

Veillez indiquer votre **principale zone de douleur**



La douleur se propage-t-elle dans d'autres parties de votre corps ? oui non
 Si oui, indiquez par une flèche la direction dans laquelle la douleur se propage.

Cochez le dessin qui décrit le mieux le déroulement de votre douleur :



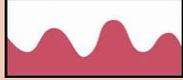
Douleur constante avec de légères fluctuations



Douleur constante ponctuée de pics de douleur



Pics de douleur sans douleur de fond



Fréquents pics de douleur avec douleur de fond

Éprouvez-vous une sensation de brûlure (comme des piqûres d'orties) dans la zone indiquée ?

pas du tout très peu légèrement modérément fortement très fortement

Éprouvez-vous des picotements (fourmillements, petites décharges électriques) dans cette zone ?

pas du tout très peu légèrement modérément fortement très fortement

Un léger contact (vêtements, couverture...) est-il douloureux dans cette zone ?

pas du tout très peu légèrement modérément fortement très fortement

Ressentez-vous de soudains pics de douleur, comme des chocs électriques, dans cette zone ?

pas du tout très peu légèrement modérément fortement très fortement

Le chaud ou le froid (eau du bain par exemple) provoque-t-il parfois des douleurs dans cette zone ?

pas du tout très peu légèrement modérément fortement très fortement

La sensibilité de votre peau a-t-elle diminué dans cette zone ?

pas du tout très peu légèrement modérément fortement très fortement

Une légère pression dans cette zone, avec le doigt par exemple, provoque-t-elle des douleurs ?

pas du tout très peu légèrement modérément fortement très fortement

(à remplir par le médecin)

pas du tout	très peu	légèrement	modérément	fortement	très fortement
<input type="checkbox"/> x 0 = 0	<input type="checkbox"/> x 1 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 2 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 3 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 4 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 5 = <input type="checkbox"/>

Score total **sur 35**

Date : _____ Patient : Nom : _____ Prénom : _____

Veillez reporter le score total obtenu dans le questionnaire sur la douleur :

Score total

Ajoutez les chiffres suivants en fonction du schéma de déroulement de la douleur coché et de la propagation de la douleur. Calculez ensuite le score final :



Douleur constante avec de légères fluctuations

0



Douleur constante ponctuée de pics de douleur

-1

si coché, ou



Pics de douleur sans douleur de fond

+1

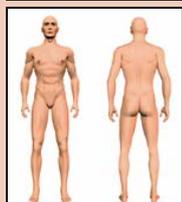
si coché, ou



Fréquents pics de douleur avec douleur de fond

+1

si coché



Propagation de la douleur ?

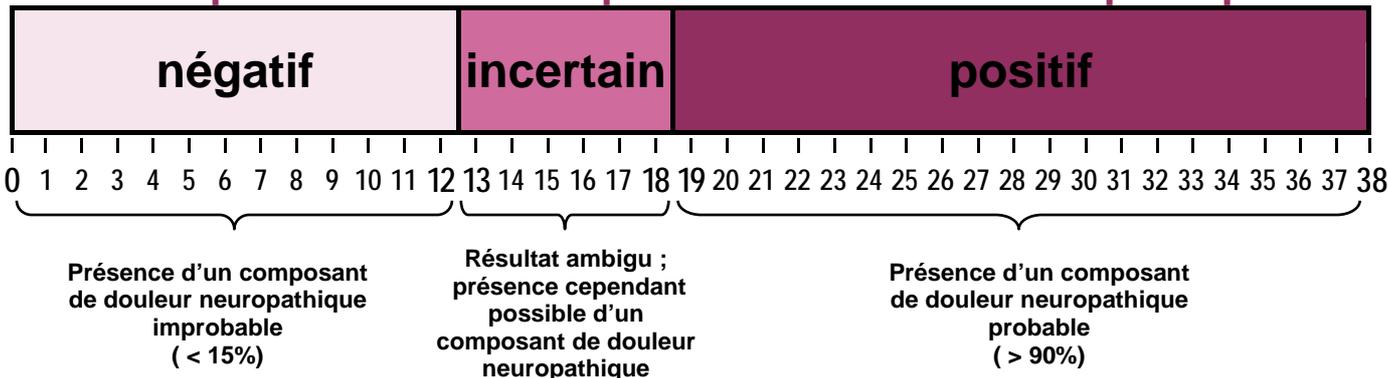
+2

si oui

Score final

Résultat du dépistage

de la présence d'un composant de douleur neuropathique



Ce questionnaire ne peut se substituer à un diagnostic médical. Il sert à dépister la présence d'un composant de douleur neuropathique.

