

# CENTRE DE LA DOULEUR CHRONIQUE



## Algologues :

Docteur C. DRESSE

Docteur M. FABRE

Docteur V. GIUDICE

Docteur B. KAIRIS

Docteur B. LEROY

Docteur M. PEDUZZI

## Ergothérapeute :

Mme L. GELON

## Kinésithérapeutes :

Mr D. KOCH

Mr C. REMY

## Psychologues :

Mr J.M. GRAILET

Mme M. IOVINE (Pleine Conscience)

## Infirmière :

Mme P. SIQUET

## Secrétariat :

Mme S. BOURGUIGNON

04/321.82.68

## Formulaire d'accueil

Nous vous proposons de compléter ce questionnaire qui nous permettra de vous guider au mieux, les 2 premières pages sont à remplir par votre médecin traitant ou le médecin qui vous a orienté(e) vers notre Service.

Merci de votre collaboration.

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° de téléphone : .....

Mail : .....

Adresse : .....

.....

Veuillez s'il vous plait nous renvoyer ce questionnaire par courrier au **Centre de la Douleur, Hôpital de la Citadelle site Laveu, rue des Wallons 72 à 4000 Liège** – ou par mail **sandra.bourguignon@citadelle.be**

# À REMPLIR PAR LE MEDECIN DEMANDEUR

Coordonnées du médecin demandeur :

Nom, prénom : .....

Cachet :

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Mail : .....

## **TYPE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE**

Pouvez-vous préciser votre demande?

- Prise en charge pluridisciplinaire
- Avis
- Autres (infiltrations, TENS, radiofréquences...)
- Commentaires :

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

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

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

## **PARCOURS**

- Avis et examens complémentaires réalisés (veuillez joindre SVP une copie des avis et examens réalisés hors CHR Liège) :

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

- Antécédents médicaux :

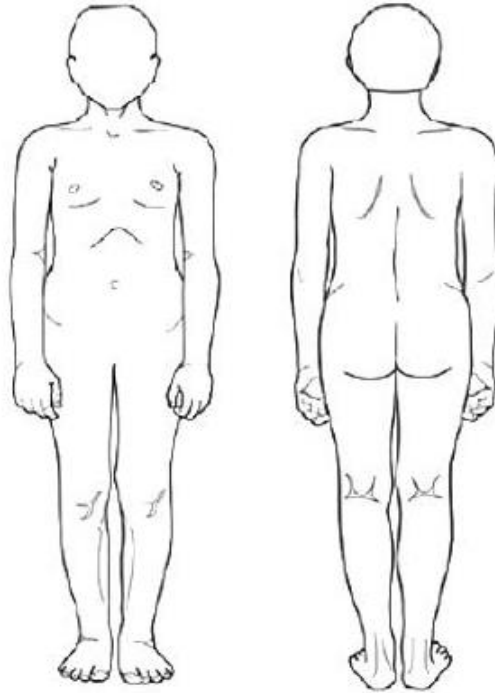
.....  
.....  
.....



# 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

## **FAMILLE**

- Marié/en couple     Célibataire     Séparé(e)     Veuf(ve)  
 Nombre d'enfants et âge : .....

## **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
- Source de revenu :  salaire/pension  mutuelle  chômage  autres : .....

## **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 et vous contacterons dans quelques jours par e-mail ou par courrier.

L'équipe du Centre de la Douleur