



**Clinique CHC
MONTLÉGIA**

A compléter et à renvoyer au Centre de la Douleur avec
la demande du médecin et le résultat de votre examen

RDV : Dr le /

Anamnèse patient en vue d'un RDV d'infiltration

Centre de la Douleur
Chronique de l'Adulte

Date : / / Infirmière :

Clinique CHC MontLégia
Bvd Patience et Beaujonc n°2
B-4000 LIÈGE

Nom : Date de naissance : / /

Prénom :

Tél. ou GSM :

Secrétariat :

☎ : 04 355 40 80

Depuis quand avez-vous mal ?

Médecins algologues :

Dr Cornet Pierre

Dr Duquenne Pierre

Dr Leclercq Pascal

Dr Moureau Sophie

Dr Ninane Vincent

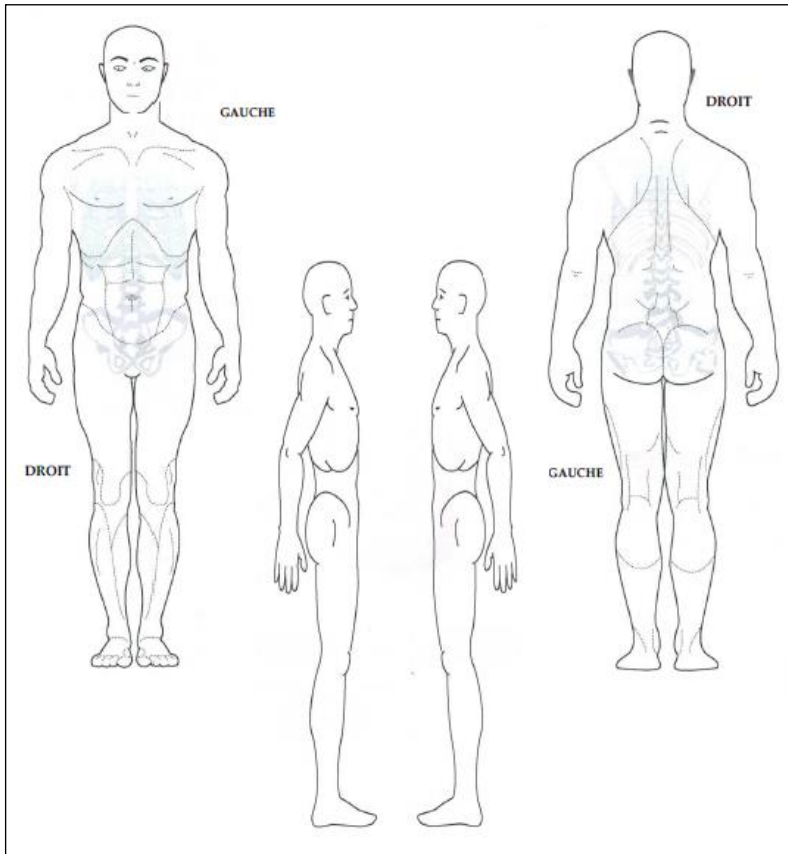
Dr Onkelinx Anne

Sur le schéma situé ci-dessous, pouvez-vous situer votre douleur en hachurant les zones
douloureuses ?

Infirmière algologue :

Sophie Nagelmackers

☎ : 04 355 42 32



Pouvez-vous cocher l'intensité **moyenne** de votre douleur sur la ligne ci-dessous :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Absence de douleur |-----| Douleur maximum imaginable

Pouvez-vous cocher l'intensité de votre douleur **d'aujourd'hui** sur la ligne ci-dessous :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Absence de douleur |-----| Douleur maximum imaginable

Cochez les qualificatifs à votre douleur dans ce tableau :

| | | | | |
|--|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pincement | <input type="checkbox"/> Lourdeur | <input type="checkbox"/> Coup de marteau | <input type="checkbox"/> Courbature | <input type="checkbox"/> Battement |
| <input type="checkbox"/> Piqûre | <input type="checkbox"/> Déchirure | <input type="checkbox"/> Etou | <input type="checkbox"/> Fourmillements | <input type="checkbox"/> Picotements |
| <input type="checkbox"/> Brûlure | <input type="checkbox"/> Froid douloureux | <input type="checkbox"/> Décharges électriques | <input type="checkbox"/> Douleur provoquée ou augmentée par le frottement (vêtement ou drap de lit qui provoque de la douleur) | |
| <input type="checkbox"/> Engourdissement | <input type="checkbox"/> Démangeaisons | <input type="checkbox"/> Perte de sensibilité au toucher | | |
| <input type="checkbox"/> Autres termes : | | | | |

Notez les médicaments que vous prenez contre la douleur :

| Nom du médicament | Dosage | x/jour |
|-------------------|--------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Durée de la douleur : (cochez la ou les bonnes réponses) :

- Mes douleurs sont présentes tout le temps.
- Mes douleurs sont intermittentes (les douleurs parfois présentes, parfois absentes).
- Ce sont des crises douloureuses qui surviennent X /jour x/par semaine et durent min, heures

Différentes situations changent-elle l'intensité de votre douleur ? Cochez la réponse adéquate :

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mobilisation/kiné | <input type="checkbox"/> Provoque et/ou augmente | <input type="checkbox"/> soulage |
| <input type="checkbox"/> Position debout | <input type="checkbox"/> Provoque et/ou augmente | <input type="checkbox"/> soulage |
| <input type="checkbox"/> Position assise | <input type="checkbox"/> Provoque et/ou augmente | <input type="checkbox"/> soulage |
| <input type="checkbox"/> Position couchée | <input type="checkbox"/> Provoque et/ou augmente | <input type="checkbox"/> soulage |
| <input type="checkbox"/> Porter | <input type="checkbox"/> Provoque et/ou augmente | <input type="checkbox"/> Soulage |

Vous avez besoin d'améliorer (Cochez la réponse adéquate) :

| | Pas du tout | Un peu | Beaucoup |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Votre sommeil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vos activités quotidiennes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre capacité à travailler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vos relations avec les autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre humeur ou votre moral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Prenez-vous un médicament qui agit sur la coagulation du sang ?

| | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Asaflow | <input type="checkbox"/> Cardio-Aspirine | <input type="checkbox"/> Aspégic | <input type="checkbox"/> Plavix |
| <input type="checkbox"/> Clopidogrel | <input type="checkbox"/> Ticlid | <input type="checkbox"/> Ticlopidine | <input type="checkbox"/> Efient |
| <input type="checkbox"/> Xarelto | <input type="checkbox"/> Pradaxa | <input type="checkbox"/> Eliquis | <input type="checkbox"/> Sintrom |
| <input type="checkbox"/> Marcoumar | <input type="checkbox"/> Marevan | <input type="checkbox"/> Arextra | <input type="checkbox"/> Autres : |

REMARQUES: