

# CENTRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

CLINIQUE MONT-LOUIS  
8, RUE DE LA FOLIE REGNAULT  
75011 PARIS  
☎ 01 48 42 18 61

Neurochirurgien-Médecin de la douleur

Kinésithérapeute

Psychologue Clinicienne

Docteur KHALFALLAH Mansour

Me CORNILLET-BERNARD Martine

Me ASIANI Fabienne

Me LESIEUX-CORDON Cécile

Me Caucheteux Aude

Mr LARTIGUES Gautier

Me LARCEBAU Audrey

**QUESTIONNAIRE PREPARATOIRE  
AUX CONSULTATIONS DES ALGIES PERINEALES  
A ENVOYER PAR EMAIL :  
Sec2.khalfallah@yahoo.com**

DATE : .....

## 1 – GENERALITES

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Profession : ..... Taille : ..... Poids : .....

Adresse : .....

Médecin Traitant :

Nom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Médecin(s) Spécialiste(s) :

**Nom(1)** ..... Spécialité : .....

Adresse : .....

**Nom(2)** ..... Spécialité : .....

Adresse : .....

**Nom(3)** ..... Spécialité : .....

Adresse : .....

## 2 – ANTECEDENTS :

### a) - Antécédents médicaux :

Cochez l'affection dont vous êtes ou avez été atteint :

Diabète

Dépression

Hypertension artérielle

Ulcération digestive

Affection cardiaque

Cancer

Allergie

Anticoagulant / Aspirine

Autres : lesquels ? : (Notamment algodystrophie, lombalgie, migraine, fibromyalgie...)

.....

**b) - Antécédents chirurgicaux** : urologique, gynécologique, digestif ou proctologique ?

Si oui quelle(s) intervention(s) et à quelle date ?

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

**c) – Maternité : (pour les femmes uniquement)**

- Accouchements ?  OUI  NON
- Date : .....
- Si oui :
  - o combien de fois ? .....
  - o par voie naturelle ?  OUI  NON
  - o épisiotomie ?  OUI  NON
  - o aide par ventouse, forceps ?  OUI  NON
- Fausses couches ?  OUI  NON
- IVG ?  OUI  NON

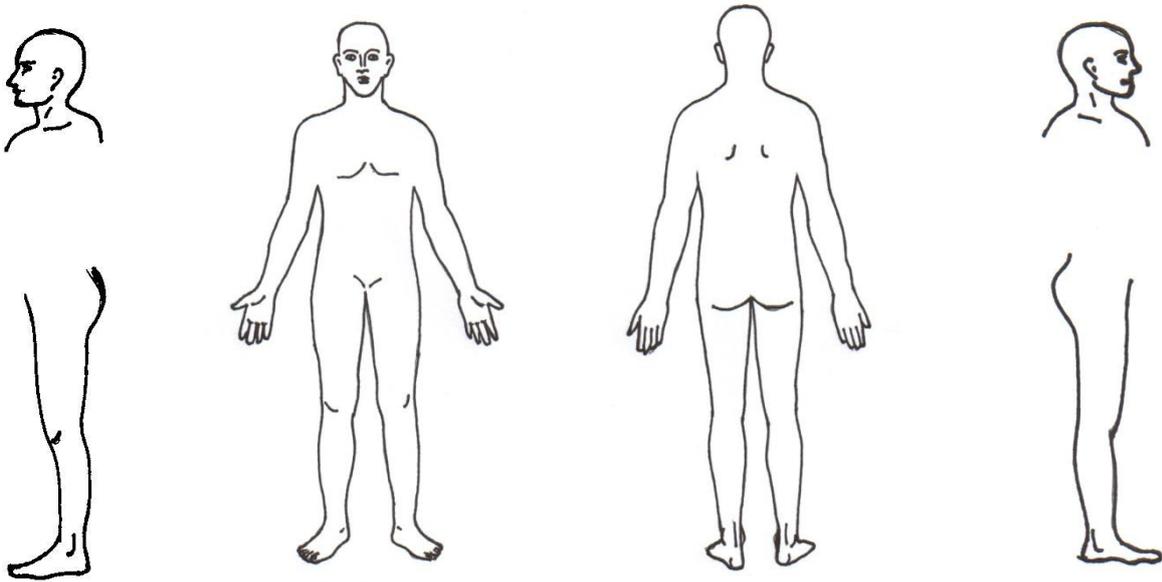
**Cycle menstruel, Sexualité et Contraception : femmes uniquement**

- **Sexualité** : rapports ?  OUI  NON
- Si oui, provoque-t-elle des douleurs ?  OUI  NON
- la Douleur influence-t-elle sur la Sexualité ?  OUI  NON
- **Règles** : date des 1ères règles : .....
- Règles douloureuses ?  OUI  NON
- Règles régulières ?  OUI  NON
- Vos douleurs sont elles augmentées en fonction de votre cycle ?  OUI  NON
- **Contraception** :  OUI  NON
- Etes-vous mieux quand vous prenez une contraception ?  OUI  NON



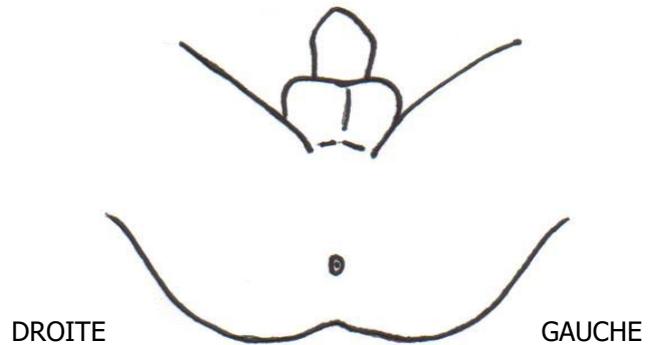
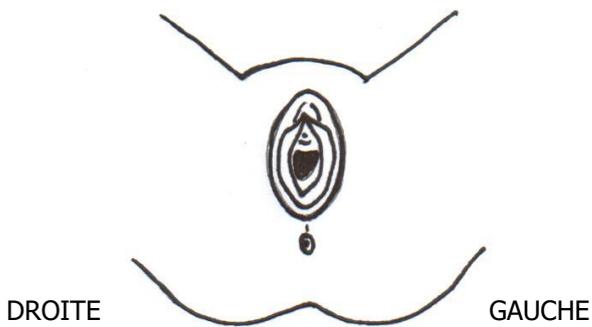
- **Combien de temps pouvez vous rester assis de façon normale (minutes) : T : \_\_\_\_\_ min**
- **En combien de temps débutent vos douleurs quand vous vous asseyez (minutes) : T : \_\_\_\_\_ min**
- **Pour vous asseoir, devez-vous utiliser des techniques particulières (sur une fesse, bouée, coussin) ?**

**5- LOCALISATION DE LA DOULEUR : MERCI DE COLORIER LES ZONES DOULOUREUSES**



***Femmes :***

***Hommes :***



## 6 – DESCRIPTION DE LA DOULEUR

Remplissez les 2 questionnaires suivants :

➤ Premier questionnaire : afin de préciser la douleur que vous ressentez en général, entourer les mots les plus exacts pour décrire votre douleur (un mot maximum par paragraphe) et donner une note de 0 à 4 à l'aide du tableau ci-dessous.

<b>0 : ABSENT</b>	<b>OU</b>	<b>PAS DU TOUT</b>
<b>1 : FAIBLE</b>	<b>OU</b>	<b>UN PEU</b>
<b>2 : MODERE</b>	<b>OU</b>	<b>MOYENNEMENT</b>
<b>3 : FORT</b>	<b>OU</b>	<b>BEAUCOUP</b>
<b>4 : EXTREME</b>	<b>OU</b>	<b>EXTREMEMENT FORT</b>

A	BATTEMENTS	E	TIRAILLEMENT	K	NAUSEEUSE	
	PULSATIONS		ETIREMENT		SUFFOCANTE	
	ELANCEMENTS		DISTENSION		SYNCOPE	
	EN ECLAIRS		DECHIRURE		L	INQUIETANTE
	DECHARGES		TORSION			OPPRESSANTE
	ELECTRIQUES		ARRACHEMENT			ANGOISSANTE
	COUPS DE MARTEAU					
B	RAYONNANTE	F	CHALEUR	M	HARCELANTE	
	IRRADIANTE		BRULURE		OBSEDANTE	
C	PIQUIRE	G	FROID	N	CRUELLE	
	COUPURE		GLACE		TORTURANTE	
	PENETRANTE	H	PICOTEMENTS		SUPPLICIANTE	
	TRANSPERCANTE		FOURMILLEMENTS	N	GENANTE	
	COUPS DE POIGNARD		DEMANGEAISONS		DESAGREABLE	
D	PINCEMENT	I	ENGOURDISSEMENT	O	PENIBLE	
	SERREMENT		LOURDEUR		INSUPPORTABLE	
	COMPRESSION		SOURDE	O	ENERVANTE	
	ECRASSEMENT	J	FATIGANTE		EXAPERANTE	
	EN ETAU		EPUISANTE		HORRIPILANTE	
	BROIEMENT		EREINTANTE	P	DEPRIMANTE	
		SUICIDAIRE				

➤ DEUXIEME QUESTIONNAIRE :

<u>Brûlures</u>	<u>Piqûres</u>	<u>Engourdissements</u>	<u>Fourmillements</u>	<u>Corps Etranger</u>	<u>Décharges Electriques</u>	<u>Démangeaisons</u>

**7- TROUBLES ASSOCIES et RETENTISSEMENTS**

- ✓ Troubles **urinaires** ?                    oui                     non   
Si oui, lesquels ? .....
- ✓ Troubles **digestifs** ?                    oui                     non   
Si oui, lesquels ? .....
- ✓ Troubles **proctologiques** ?    oui                     non   
Si oui, lesquels (défécations) ? .....
- ✓ Retentissements sexuels (douleurs, libido, etc.,,..).....
- ✓ Sensation de corps étranger (anus vagin urètre ou autre....)

➤ **Retentissement sur votre vie quotidienne**

Donner une note de 0 à 10 pour indiquer le **niveau de retentissement de votre douleur**  
(0 = pas de retentissement, 10 = retentissement majeur)

**Vie de famille : /10 ; vie de couple : / 10 ; loisirs : /10 ; vie professionnelle : /10**

- **Humeur** : I\_\_\_\_I
- **Capacité à marcher** : I\_\_\_\_I
- **Travail habituel** : I\_\_\_\_I (y compris à l'extérieur de la maison et travaux domestiques)
- **Relations avec les autres** : I\_\_\_\_I
- **Sommeil** : I\_\_\_\_I                    Temps de sommeil : .....h/j

**Sommeil récupérateur ? OUI     NON**

○ **Goût de vivre** : I\_\_\_\_I

○ **Vie sexuelle** : I\_\_\_\_I

**8- EXAMENS COMPLEMENTAIRES EFFECTUES :**

---

Examens :	Lesquels ? A quel niveau ?
IRM <input type="checkbox"/>	
Scanner <input type="checkbox"/>	
EMG <input type="checkbox"/>	
Coloscopie <input type="checkbox"/>	
Scintigraphie <input type="checkbox"/>	
Autres <input type="checkbox"/>	

**9- TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :**

---

- *EN COURS* :

Nom	Dose	Début de Traitement	Efficacité	Tolérance

- *TRAITEMENTS ESSAYES* :

Nom	Dose	Début de Traitement	Efficacité	Tolérance

--	--	--	--	--

**10- TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX (kiné, ostéo, sophrologie, psychologue, etc..) :**

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

***INFILTRATIONS AU NIVEAU DU NERF PUDENDAL DEJA REALISEES ? :***

OUI                                       NON  
 Si oui date ? : .....  
 Efficacité Immédiate ?    OUI .....  NON  
 Efficacité à distance ?    OUI .....  NON

**Resumé de votre histoire douloureuse :**

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