

CENTRE DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

CLINIQUE MONT-LOUIS
8, RUE DE LA FOLIE REGNAULT
75011 PARIS

POLE MEDICALE MECHAIN
15 RUE MECHAIN
PARIS 75014

☎ 01 48 42 18 61

Dr KHALFALLAH Mansour
Neurochirurgien
Médecin de la douleur

Mme SOULOUMIAC Solen
Kinésithérapeute

Mme LARCEBAU Audrey
Mme GHAUTIER Mélanie
Psychologue clinicienne

Dr MUNASAKA Etienne
Médecin de la douleur
Anesthésiste Réanimateur

Mme MOUNGUENOU Dominique
Ostéopathe

Sophrologue
Hypnothérapeute
Mme HEIMBINDER Elsa

**QUESTIONNAIRE PREPARATOIRE
AUX CONSULTATIONS DES ALGIES PERINEALES
A ENVOYER PAR EMAIL :
Sec75.k@gmail.com**

DATE :

Les consultations ont lieu dans différents sites. Merci d'identifier celui qui correspond à votre rendez-vous :

Le Docteur Khalfallah consulte :

Clinique du Mont Louis/ 75011 Paris

Pôle médical Méchain / 75014 Paris

Clinique du Val d'Ouest 69130 Écully

Clinique Mariénia Incea / 64250 Cambo-les-Bains

Au préalable à la consultation, nous vous proposons de consulter notre site Internet : Vous y retrouverez des informations et des vidéos qui vous éclaireront sur notre approche et les pathologies que nous prenons en charge.

<http://www.douleursperinealeschroniques.fr>

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)

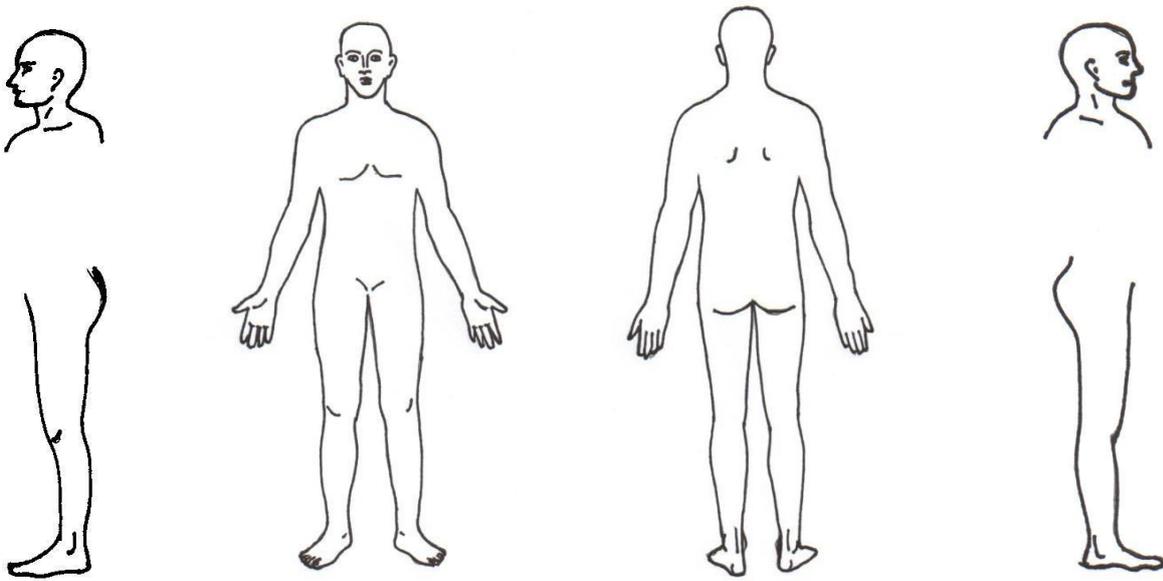
- Accouchements ? OUI NON
- Date :
- Si oui :
 - o combien de fois ?
 - o par voie naturelle ? OUI NON
 - o épisiotomie ? OUI NON
 - o aide par ventouse, forceps ? OUI NON
- Fausses couches ? OUI NON
- IVG ? OUI NON

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

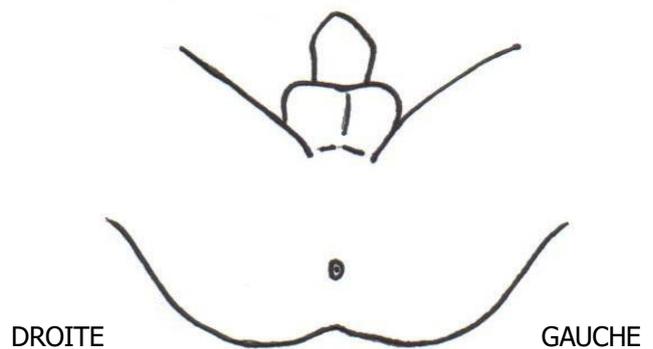
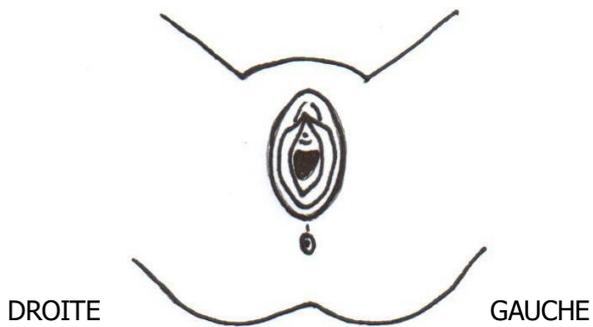
- Combien de temps pouvez vous rester assis de façon normale (minutes) : T : _____ min
- En combien de temps débutent vos douleurs quand vous vous asseyez (minutes) : T : _____ min
- Pour vous asseoir, devez-vous utiliser des techniques particulières (sur une fesse, bouée, coussin) ?

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.

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

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			OBSEDATE	
C	PIQURE		G	FROID			CRUELLE	
	COUPURE			GLACE			TORTURANTE	
	PENETRANTE		H	PICOTEMENTS		SUPPLICIANTE		
	TRANSPERCANTE			FOURMILLEMENTS		N	GENANTE	
	COUPS DE POIGNARD			DEMANGEAISONS			DESAGREABLE	
				PENIBLE				
D	PINCEMENT		I	ENGOURDISSEMENT			INSUPPORTABLE	
	SERREMENT			LOURDEUR		O	ENERVANTE	
	COMPRESSION			SOURDE			EXAPERANTE	
	ECRASSEMENT		J	FATIGANTE			HORRIPILANTE	
	EN ETAU			EPUISANTE		P	DEPRIMANTE	
	BROIEMENT			EREINTANTE			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

Merci de résumer de votre histoire douloureuse :

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