

ÉCHELLE GRADUÉE DE DOULEUR CHRONIQUE - Version 2.0

1. Combien de jours au cours des **6 derniers mois** avez-vous eu de la douleur au visage? ____ Jours

2. Comment évaluez-vous votre douleur au visage **PRÉSENTEMENT**? Utilisez une échelle de 0 à 10, où 0 est « aucune douleur » et 10 « douleur aussi insupportable que cela peut l'être ».

Aucune douleur											Douleur aussi insupportable que cela peut l'être
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. Au cours des **30 DERNIERS JOURS**, comment évaluez-vous votre **PIRE** douleur au visage? Utilisez la même échelle où 0 est « aucune douleur » et 10 « douleur aussi insupportable que cela peut l'être ».

Aucune douleur											Douleur aussi insupportable que cela peut l'être
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. Au cours des **30 DERNIERS JOURS, EN MOYENNE**, comment évaluez-vous votre douleur au visage? Utilisez la même échelle où 0 est « aucune douleur » et 10 « douleur aussi insupportable que cela peut l'être ». [C'est-à-dire *votre douleur habituelle* au moment où vous ressentez de la douleur].

Aucune douleur											Douleur aussi insupportable que cela peut l'être
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5. Au cours des **30 DERNIERS JOURS**, combien de jours votre douleur au visage vous a-t-elle empêché de faire vos **ACTIVITÉS NORMALES** telles que travailler, aller à l'école ou faire des travaux domestiques? (tous les jours = 30 jours)

_____ Jours

6. Au cours des **30 DERNIERS JOURS**, jusqu'à quel point votre douleur au visage a-t-elle interféré avec vos **ACTIVITÉS QUOTIDIENNES**. Utilisez une échelle de 0 à 10, où 0 est « aucune interférence » et 10 « incapable de faire aucune activité ».

Aucune interférence											Incapable de faire aucune activité
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

7. Au cours des **30 DERNIERS JOURS**, jusqu'à quel point votre douleur au visage a-t-elle interféré avec **VOS LOISIRS, VOS ACTIVITÉS SOCIALES ET FAMILIALES**? Utilisez la même échelle où 0 est « aucune interférence » et 10 « incapable de faire aucune activité ».

Aucune interférence											Incapable de faire aucune activité
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

8. Au cours des **30 DERNIERS JOURS**, jusqu'à quel point votre douleur au visage a-t-elle interféré avec **VOTRE CAPACITÉ À TRAVAILLER**, y compris les travaux domestiques? Utilisez la même échelle où 0 est « aucune interférence » et 10 « incapable de faire aucune activité ».

Aucune interférence											Incapable de faire aucune activité
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Central Sensitization Inventory (CSI)

CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY: PARTIE A

Veillez indiquer pour chaque situation la proposition la plus adaptée

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1. J'ai la sensation d'un sommeil non récupérateur quand je me réveille le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je ressens des raideurs et des douleurs musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je fais des crises d'angoisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je grince ou serre les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai des problèmes de diarrhée et/ou de constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai besoin d'aide pour effectuer mes activités quotidiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je suis sensible aux fortes lumières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je me fatigue très facilement lorsque je suis actif physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je ressens des douleurs partout dans le corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'ai des maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je ressens une gêne à la vessie et/ou des brûlures lorsque j'urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je ne dors pas bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. J'ai des difficultés de concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. J'ai des problèmes de peau tels que sécheresse, démangeaisons ou éruptions cutanées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Le stress aggrave mes symptômes physiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je me sens triste ou déprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'ai peu d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je ressens des tensions musculaires dans la nuque et dans les épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. J'ai mal à la mâchoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Certaines odeurs, comme des parfums, me donnent des nausées et des étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Je dois uriner fréquemment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. J'ai la sensation désagréable des jambes sans repos lorsque j'essaye de dormir le soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. J'ai des difficultés à me souvenir de certaines choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. J'ai eu des traumatismes au cours de mon enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Je ressens des douleurs dans la région du bassin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INVENTAIRE DES SYMPTOMES ASSOCIES A LA SENSIBILISATION CENTRALE: PARTIE B

Un médecin vous a-t-il diagnostiqué l'un des troubles suivants?

*Pour chaque diagnostic, veuillez cocher **Oui** ou **Non** dans la colonne de droite et indiquer l'année du diagnostic*

	OUI	NON	Année du diagnostic
1. Syndrome des jambes sans repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Syndrome de fatigue chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Trouble de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Migraines ou céphalées de tension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Syndrome du côlon irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Hypersensibilité chimique multiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Lésion de la nuque (y compris le syndrome du coup du lapin ou « whiplash syndrome »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Troubles anxieux ou attaques de panique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PHQ-15

Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été ennuyé(e) par n'importe quel des problèmes suivants? Veuillez mettre un crochet dans la case qui indique votre réponse.

	Pas ennuyé(e) 0	Ennuyé(e) un peu 1	Ennuyé(e) beaucoup 2
1. Douleur à l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Douleur au dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Douleur aux bras, aux jambes ou aux articulations (genoux, hanches, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Douleurs menstruelles ou autres problèmes reliés à votre cycle menstruel (femmes seulement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Douleur à la poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sentir votre cœur battre fort ou très vite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Douleur ou problèmes lors des relations sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Constipation, selles molles ou diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nausées, flatulences ou indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sensation de fatigue ou avoir peu d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCORE TOTAL =