

Questionnaire antidouleurs Paliers 2 et 3 - ASSOCIATION CREER

Date : Vos initiales : Votre âge : Sexe : F M

Vous êtes actuellement sous antidouleurs autres que le paracétamol seul. Pour quelle pathologie vous a-t-on donné ce traitement ? (entourez la réponse)

- 1/ une polyarthrite rhumatoïde
- 2/ une spondylarthrite
- 3/ un rhumatisme psoriasique
- 4/ de l'arthrose
- 5/ des lombalgies
- 6/ une sciatique ou cruralgie
- 7/ autre :

Quel(s) traitement(s) avez-vous déjà pris pour cette pathologie (soulignez ou entourez la ou les réponses)?

- tramadol (IXPRIM, CONTRAMAL, TOPALGIC)
- codéine (DAFALGAN CODEINE, KLIPAL, CODOLIPRANE)
- opium (IZALGI, LAMALINE)
- Nefopam (ACUPAN)
- Morphine (SKENAN, ACTISKENAN, DUROGESIC, OXYNORM, OXYCONTIN)

Fumez-vous ou avez-vous fumé : oui non --si oui nb de cigarettes par jour :

Combien de verres d'alcool buvez-vous en moyenne par semaine :

TRAITEMENT ANTI-DOULEUR ACTUEL

- Parmi ceux ci-dessus lequel prenez-vous actuellement :
- Qui a initié le traitement ?
- Qui le renouvelle ?
- Vous en prenez ? (Entourez la mention qui convient)
 - o tous les jours
 - o plusieurs fois par semaine
 - o plusieurs jours par mois
 - o moins d'une fois par mois
- Depuis combien de temps prenez-vous ce traitement ?
- Avez-vous ressenti des effets secondaires avec ce traitement : oui non
 - o Si oui détaillez : Nausées, vomissements. O N
 - Constipation. O N
 - Vertiges. O N
 - Autres :
- Efficacité de 0 à 10 :

- Vous arrive-t-il de le prendre pour une autre raison que la douleur ? (Pour dormir, se détendre...) ? oui non Si oui précisez :.....
- Vous arrive-t-il de modifier les doses prescrites ? oui non
- Si oui vous : baissez / augmentez la dose ? (Entourez la mention qui convient)
- Pensez-vous pouvoir stopper le traitement ? oui non
Détaillez vos raisons :

TRAITEMENT PRECEDENT (parmi la liste page 1) pris pour cette pathologie

- Nom du traitement :
- Qui avait initié le traitement ?
- Qui l'a renouvelé ?
- Vous en prenez ? (Entourez la mention qui convient)
 - o tous les jours
 - o plusieurs fois par semaine
 - o plusieurs jours par mois
 - o moins d'une fois par mois
- Combien de temps avez-vous pris ce traitement ?
- Aviez-vous ressenti des effets secondaires avec ce traitement : oui non
 - o Si oui détaillez : Nausées, vomissements. O N
 - Constipation. O N
 - Vertiges. O N
 - Autres :.....
- Efficacité de 0 à 10 :.....
- Vous arrivait-il de le prendre pour une autre raison que la douleur ? (pour dormir, se détendre...) ? oui non Si oui précisez :.....
- Vous arrivait-il de modifier les doses prescrites ? oui non
- Aviez-vous ressenti des effets secondaires avec ce traitement : oui. Non
- Pourquoi a-t-il été changé ?
 - Intolérance. O N
 - Inefficacité. O N
 - Autre :.....

Avez-vous un commentaire ? :