

Etablissement

Service

Adresse

Téléphone

QUESTIONNAIRE

Douleur et cancer

Pour une meilleure compréhension de vos douleurs, il nous importe de recueillir certaines informations. Nous vous remercions de répondre le plus exactement possible aux questions posées.

- Questionnaire à renvoyer à l'adresse ci-dessus
- Courrier médical à joindre

Lors de la consultation, pensez à vous munir des examens en votre possession

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX

(Nom de jeune fille) :
Nom : Date de naissance :
Prénom : Age :
Sexe : Lieu de naissance :
Situation de famille, vit en couple seul(e) veuf (ve) divorcé(e)
Nombre d'enfants : Enfants actuellement à charge :
Adresse précise où vous joindre :
.....
☎ Fixe : Portable : Travail :
Mail :
Profession :
Profession du conjoint :
Etes-vous en activité ? oui non si non, arrêt depuis le :

MEDECIN QUI VOUS ADRESSE A LA CONSULTATION

Nom : Spécialité :
Adresse :
..... Téléphone :

MEDECIN TRAITANT

Nom :
Adresse :
..... Téléphone :

MEDECIN REFERENT POUR VOTRE CANCER

Nom :
Adresse :

Pour quel cancer êtes-vous suivi(e)?
Dans quel(s) établissement(s) ?
.....
.....

Avez-vous un suivi ? nutrition assistante sociale psychologue

VOTRE DOULEUR

Depuis combien de temps avez-vous mal ?

Votre douleur est-elle permanente ? oui non

Votre douleur est-elle insomniante ? oui non

Votre douleur perturbe-t-elle vos activités habituelles? oui non

Votre douleur évolue-t-elle en inspirant ? oui non

COMMENTAIRES LIBRES

.....

.....

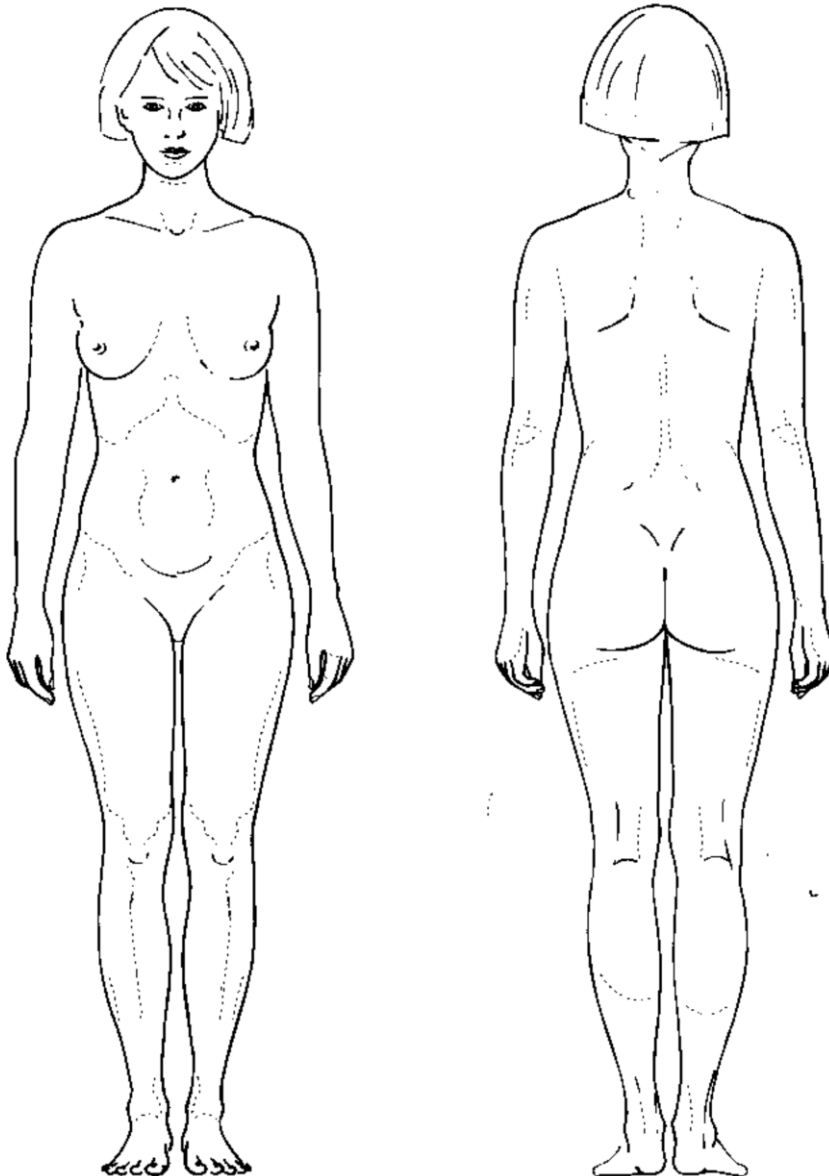
.....

.....

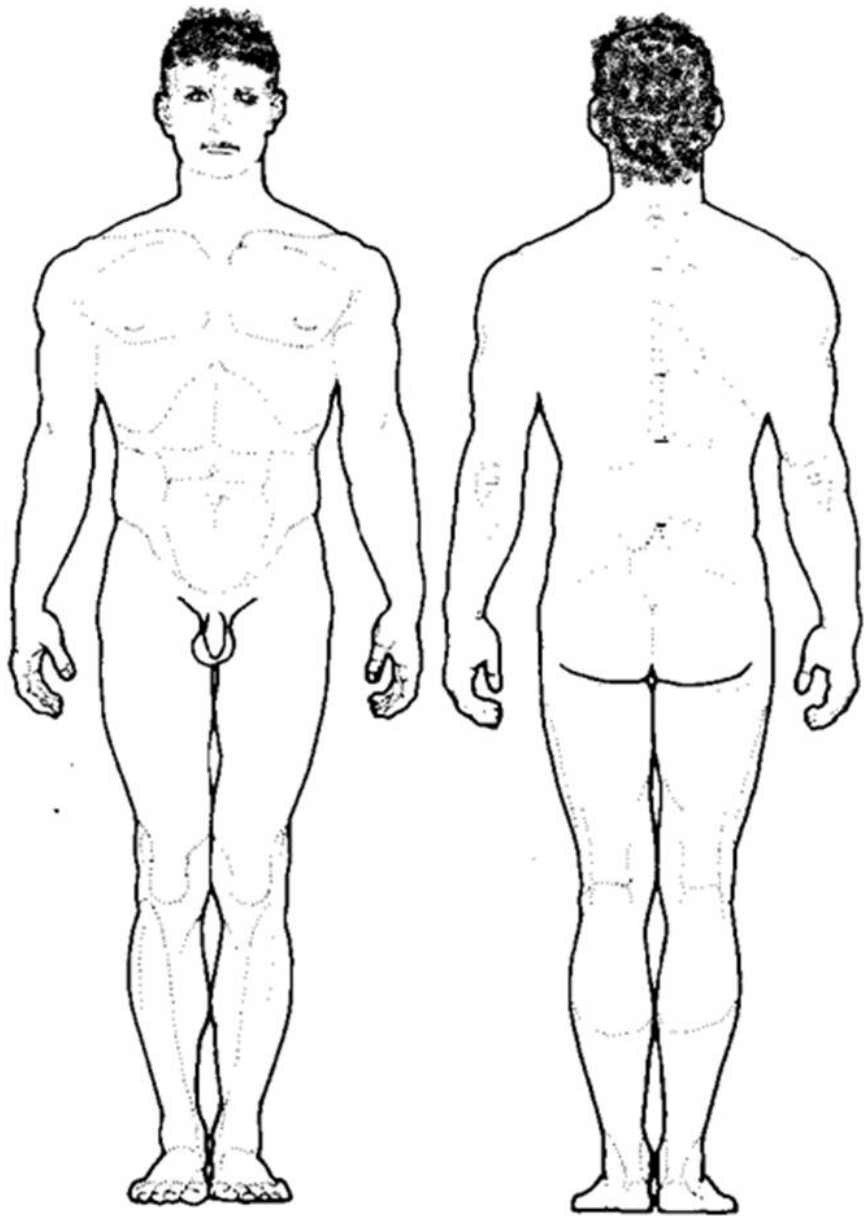
.....

.....

Hachurez la ou les zones de votre douleur sur les schémas ci-dessous



Hachurez la ou les zones
de votre douleur
sur les schémas ci-dessous



TRAITEMENT ACTUEL POUR VOTRE DOULEUR

(Pour chaque médicament, indiquez le nom et la dose)

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

TRAITEMENT ACTUEL POUR VOTRE CANCER

- chimiothérapie
- chirurgie
- radiothérapie
- hormonothérapie
- autres

AUTRES TRAITEMENTS EN COURS

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

Avez-vous un pacemaker, un défibrillateur cardiaque
ou autre stimulateur ? oui non

AU COURS DE VOTRE PRISE EN CHARGE

**Votre dossier peut être discuté en staff (réunion de
professionnels de santé)**

Acceptez-vous ? oui non

Signature