

### **Etablissement**

Service

Adresse

Téléphone

## **QUESTIONNAIRE d'ORIENTATION**

### **Adolescent(e)**

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**

Nom : ..... Date de naissance : .....

Prénom : ..... Age : .....

Sexe : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse précise où vous joindre : .....

.....

☎ Fixe : ..... Portable : .....

Mail : .....

Formation en cours : .....

Scolarisation / classe : .....

**SITUATION FAMILIALE**

PERE : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

..... ☎ Domicile : .....

Portable : ..... ☎ Travail : .....

Mail : .....

MERE : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

..... ☎ Domicile : .....

Portable : ..... ☎ Travail : .....

Mail : .....

FRERE(S) : ..... SOEUR(S) : .....

**PERSONNE(S) RESPONSABLE(S) de L'ADOLESCENT(E)**

PERE :         oui  non                      MERE :         oui  non

AUTRE : NOM : ..... Prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

..... ☎ Domicile/Portable : .....

**MOTIF DE LA CONSULTATION**

.....

.....

.....

.....

.....

## **VOTRE DOULEUR**

**Depuis combien de temps avez-vous mal ?** .....

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

Votre douleur a-t-elle un retentissement sur la vie quotidienne ?  oui  non

Votre douleur est-elle liée à une maladie?  oui  non

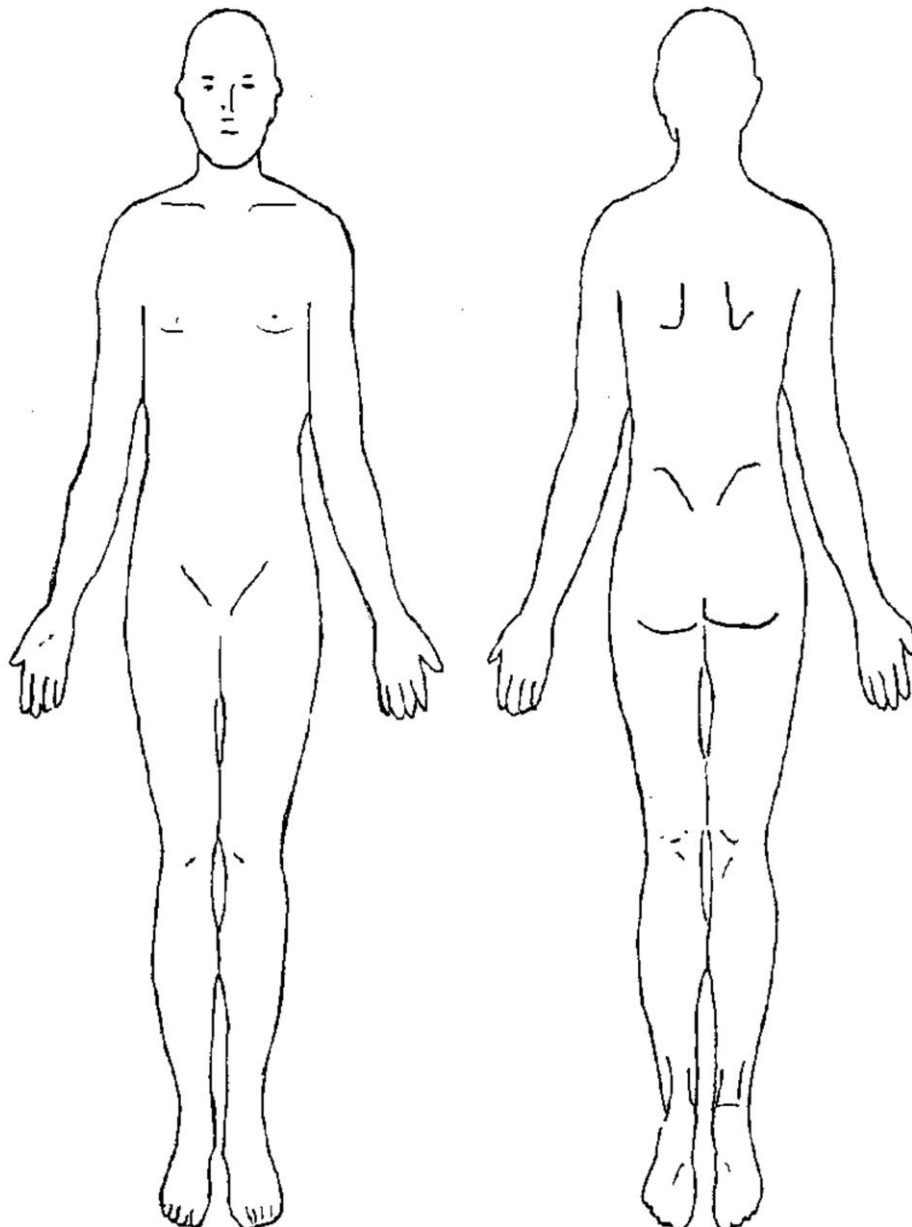
Votre douleur est-elle liée à un accident?  oui  non

Votre douleur est-elle liée à une intervention chirurgicale ?  oui  non

Précisez si vous le souhaitez : .....

.....  
.....

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



**TRAITEMENT ACTUEL POUR VOTRE DOULEUR**

*(Pour chaque médicament, veuillez indiquer le nom et la dose)*

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

**TRAITEMENTS DEJA EFFECTUES POUR VOTRE DOULEUR**

Médicaments : .....  oui  non      Acupuncture : .....  oui  non

Chirurgie : .....  oui  non      Mésothérapie : .....  oui  non

Infiltration : .....  oui  non      Ostéopathie : .....  oui  non

Rééducation : .....  oui  non      Relaxation : .....  oui  non

Autres :                       oui    lesquels .....

Avez-vous déjà rencontré un psychiatre ou un psychologue pour votre douleur ? .....  oui  non

Etes-vous suivi(e) par un service médico-social (PMI, AEMO, CMP, CAMPS, etc)                       oui  non

**AUTRES TRAITEMENTS EN COURS**

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

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES EFFECTUES POUR VOTRE DOULEUR**

*A apporter lors de la consultation*

Radiographie : .....  oui  non      Scintigraphie : .....  oui  non

Scanner : .....  oui  non      Electromyogramme : .....  oui  non

IRM : .....  oui  non

Autres : .....  oui    lesquels .....

**MALADIES AUTRES QUE LA DOULEUR**

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

**AU COURS DE VOTRE PRISE EN CHARGE**

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

Acceptez-vous ?                       oui  non

**Signature**

(à remplir et signer par le représentant légal)

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

*Pour ces rubriques, veuillez tenir compte de la liste suivante : généraliste, médecin traitant, rhumatologue, neurologue, chirurgien, psychiatre, rééducateur, autre (précisez l'orientation médicale).*

### **MEDECIN QUI VOUS ADRESSE A LA CONSULTATION**

Nom : ..... Spécialité : .....

Adresse : .....

..... Téléphone : .....

### **MEDECIN TRAITANT**

Nom : .....

Adresse : .....

..... Téléphone : .....

### **MEDECINS SPECIALISTES DEJA CONSULTES POUR LA DOULEUR**

1/ Nom : ..... Spécialité : .....

2/ Nom : ..... Spécialité : .....

3/ Nom : ..... Spécialité : .....

Médecin de la douleur ou structure douleur déjà consulté :  oui  non

Nom et Adresse : .....

.....

### **HOSPITALISATION**

*Si vous avez été hospitalisé pour cette douleur, veuillez préciser ci-dessous : l'hôpital ou la clinique, le nom et la spécialité du médecin responsable et la date d'hospitalisation.*

1ere hospitalisation : .....

.....

2eme hospitalisation : .....

.....

3eme hospitalisation : .....

.....

### **SI VOUS LE JUGEZ UTILE, VEUILLEZ INDIQUER CI-DESSOUS VOS REMARQUES**

.....

.....

.....

.....