

Auto-questionnaire pédiatrique d'un enfant ou d'un adolescent présentant une douleur chronique

À remplir par le patient seul si possible - selon l'âge avec aide des parents ou d'un adulte.

Date de remplissage :

NOM/prénom :

Personne aidant au remplissage, le cas échéant (nom/prénom, lien avec le patient) :

Coordonnées parent 1 (adresse, tél., email) :

Coordonnées parent 2 (si différentes) :

Date de naissance :

Classe :

Dossier MDPH (maison départementale pour les personnes handicapées) oui non

Si oui, préciser :

PROFESSIONNELS PARTICIPANT À LA PRISE EN CHARGE DE TA DOULEUR

- Médecin traitant
- Infirmier (y compris de l'Éducation nationale)
- Masseur-kinésithérapeute
- Pharmacien
- Psychologue
- Autres médecins
- Autres professionnels ou structures (y compris les acteurs non conventionnels, les non-professionnels de santé, les associations et groupes)

DESCRIPTION DE TA DOULEUR RESENTIE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS

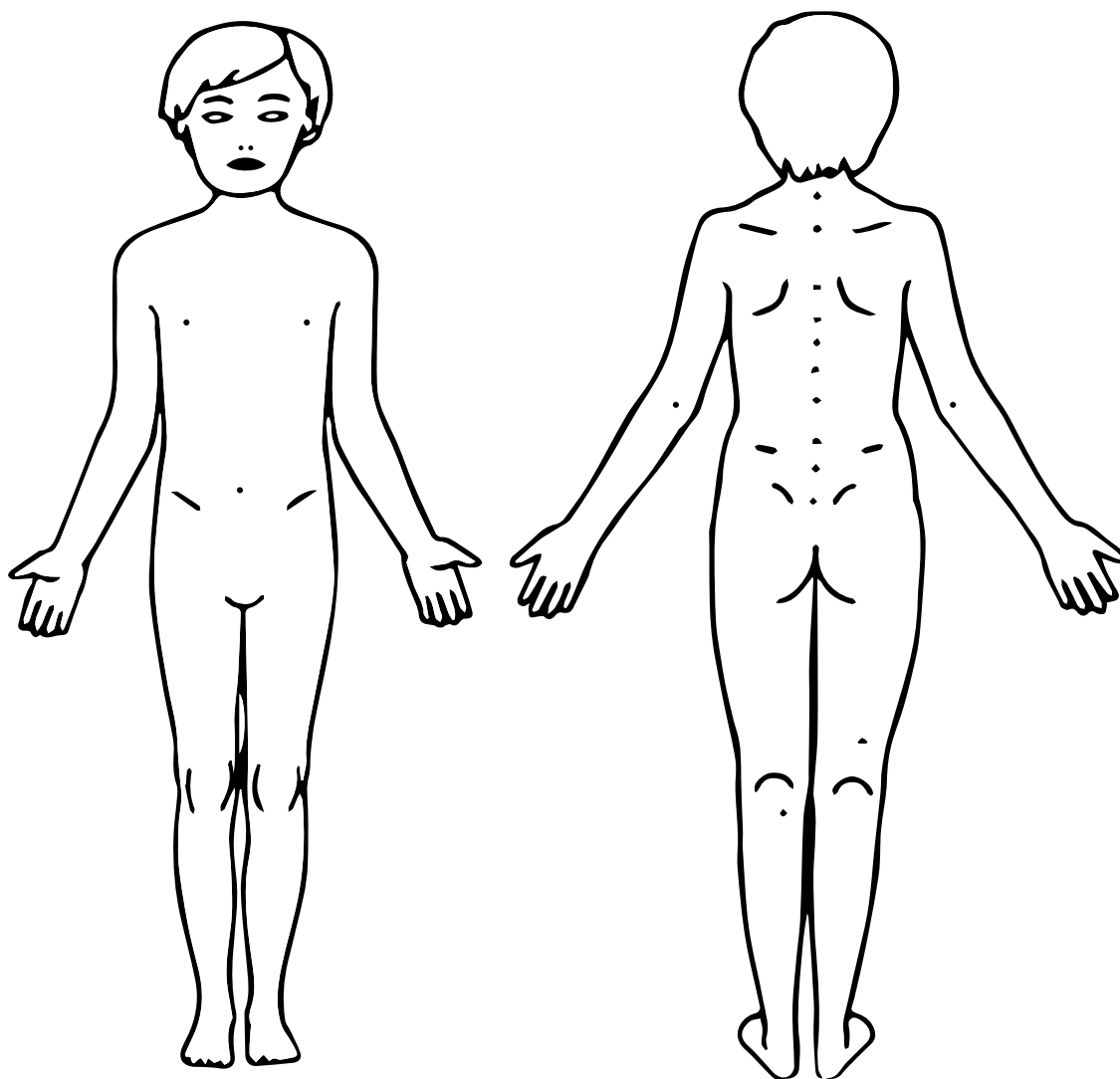
SCHÉMA DU BONHOMME

Consignes :

Il permet à l'enfant **à partir de 4 ans** de dessiner sur le bonhomme les zones douloureuses et de préciser leur intensité.

Si possible, demander à l'enfant de choisir 4 couleurs différentes pour 4 niveaux de douleur (un peu, moyen, beaucoup, très fort), puis lui proposer de colorier les zones qui lui font mal.

Rester auprès de l'enfant quand il dessine, les plus petits peuvent commencer par colorier là où ils ont mal puis risquent de tout colorier par jeu.



Ça fait mal : Choisir la couleur correspondant à l'intensité de la douleur puis colorier la zone du corps concernée

un peu moyen beaucoup très mal

Les questions suivantes sur la douleur sont à remplir par l'enfant selon son âge en plus du dessin du bonhomme.

Consignes :

Si les questions suivantes sont trop difficiles, tu peux remplir uniquement le dessin du bonhomme et l'annoter.

Indique l'intensité de ta douleur par une note de 0 à 10

(0 = pas de douleur / 10 = la plus forte douleur que tu peux imaginer)

- Actuellement :
- Habituellement (moyenne) :
- Dans les pires moments :
- Dans les meilleurs moments :

Ta douleur est-elle présente tous les jours ? oui non

Au cours de la journée, la douleur est : permanente intermittente (pas tout le temps) aussi la nuit

Y a-t-il des pics douloureux :

le matin l'après-midi le soir la nuit

Si lors d'activités spécifiques, lesquelles ?

TES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES HABITUELLES

Quelles activités physiques pratiques-tu au quotidien ?

marche vélo Autres :

As-tu des activités sportives de loisirs ? oui non

Si oui, lesquelles ?

Combien d'heures par semaine ?

Es-tu dispensé(e) d'éducation physique et sportive (EPS) à l'école ? oui non

Si oui, depuis quand ?

Combien d'heures par jour passes-tu à des activités assis(e) ou allongé(e) sans bouger avec ton téléphone portable, à regarder la télévision, à jouer à des jeux vidéo, à lire ou à étudier, etc. ?

LE RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR SUR TA VIE QUOTIDIENNE

QUESTIONNAIRE REPERADO

Consignes :

Questionnaire à remplir par l'enfant **à partir de l'âge de 10 ans**.

Ce questionnaire cherche à évaluer les conséquences que pourrait avoir ta douleur sur ta vie au quotidien. Si, pour certains, la douleur ne représente pas une gêne importante, chez d'autres, la douleur peut être accompagnée d'une anxiété, d'une baisse de la qualité de vie, voire d'un handicap.

Si une question attire ton attention, tu peux en discuter avec le médecin qui te recevra.

Si les questions ne sont pas claires, tu peux demander l'aide de tes parents mais la réponse doit venir de toi.

Ces derniers temps ou de manière générale, ces propositions te correspondent-elles ?

Coche « oui » ou « non ». Si tu hésites, choisis la réponse qui se rapproche le plus de ton ressenti.

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Je manque d'énergie, je me sens épuisé(e) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 2. Je m'inquiète, j'ai peur, je panique | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 3. Je me sens souvent triste, découragé(e), déprimé(e) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 4. Je suis souvent en colère ou énervé(e), de mauvaise humeur | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 5. J'ai des difficultés à m'endormir ou dormir, je me réveille souvent la nuit | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 6. Je manque souvent les cours ou j'ai des difficultés en classe | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 7. J'ai des difficultés à m'entendre avec les jeunes de mon âge, on se moque de moi, ou je vois moins ou peu mes amis | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 8. J'ai du mal à sortir de chez moi | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 9. Il y a beaucoup de stress, de soucis ou de disputes dans ma famille | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 10. Je ne suis pas respecté(e), je ne suis pas compris(e) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Combien de cours/d'école as-tu manqués ces 3 derniers mois (en heures ou demi-journées) ?

LES TRAITEMENTS DE TA DOULEUR

Les questions suivantes concernant les traitements et les autres interventions non médicamenteuses et sont le plus souvent remplies avec l'aide d'un adulte.

→ Apporte ta dernière ordonnance

→ Indique les traitements médicamenteux actuels pour ta douleur

Médicament avec son dosage	Depuis quand ?	Posologie (quantité par jour)	Efficacité			Effets secondaires	
			Oui	Non	Partielle	Oui	Non

Quel soulagement global t'apporte ton traitement actuel (0 à 100 %) ?

(0 = ne te soulage pas du tout ; 100 = te soulage complètement)

Commentaires éventuels :

Arrives-tu à prendre tes médicaments selon les directives de ton médecin ? oui non

As-tu augmenté de toi-même la prise de médicaments pour soulager ta douleur ? oui non

Si oui, lesquels ?

As-tu déjà arrêté de toi-même les médicaments prescrits ? oui non

→ Date de début de la douleur :

→ Indique si possible tous les médicaments déjà pris pour la douleur

Médicament avec son dosage	Durée	Posologie (quantité par jour)	Efficacité			Effets secondaires	
			Oui	Non	Partielle	Oui	Non

Commentaires (en particulier efficacité et causes de l'arrêt) :

→ Indique les différentes interventions non médicamenteuses et les autres traitements dont tu as bénéficié pour la douleur depuis son début jusqu'à ce jour

Interventions non médicamenteuses et autres traitements	Soulagement de la douleur			Date et durée
	Oui	Non	Partielle	
Rééducation/réadaptation en service hospitalier (lieu) : en ville avec un kinésithérapeute				
Programme d'activité physique adaptée en groupe <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> Quel professionnel :				
Programme d'éducation thérapeutique en groupe <input type="checkbox"/> en individuel <input type="checkbox"/> Quel professionnel :				
Psychothérapie Quel type : psychiatre <input type="checkbox"/> psychologue <input type="checkbox"/>				
Relaxation Sophrologie Hypnose Méditation Quel professionnel :				
Acupuncture Ostéopathie Autres techniques manuelles Quel professionnel :				
Stimulations électriques (TENS)				
Appareillages (semelles, attelles, etc.) Quel type :				
Cures thermales				
Autres interventions non médicamenteuses Quel type : Quel professionnel :				
Autres traitements (infiltration, chirurgie, etc.) Quel type : Quel professionnel :				

Quels sont les autres moyens soulageant la douleur que tu utilises (repos, chaleur, froid, massage, position, activité, musique etc.) ?

Quels ont été jusqu'ici les traitements et/ou les moyens les plus efficaces pour soulager ta douleur ?

Utilises-tu, pour te renseigner ou échanger sur ta douleur, les réseaux sociaux/internet ou des applications ?

oui

non

Si oui, lesquels ?

Fais-tu partie d'une association d'usagers ?

oui

non

Si oui, laquelle ?

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Y a-t-il d'autres informations qui te paraissent importantes (personnelles, familiales, scolaires, autres) ?

Tes parents ont-ils des informations complémentaires à apporter ?

À ton avis, quelle est l'origine (la cause) de ta douleur ?

Qu'attends-tu de la prise en charge de ta (ou de tes) douleur(s) aujourd'hui ?*

Quels sont tes projets actuels ?

* Pour te renseigner sur ta douleur, tu peux aller sur le site dolomio.org