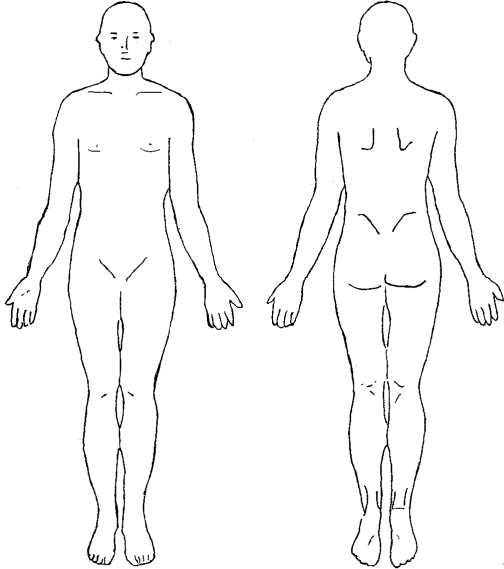


FICHE DOULEUR

Nom- prénom
Date de naissance

Date :
Réalisé par (Nom)
Fonction

Néoplasie d'origine :

<p>Douleur Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Connue : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Avis médical :</p> <p>Permanente : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Insomniante : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Localisation à risque <input type="checkbox"/></p> <p>Localisation :</p> 
<p><u>Déclenchée par</u></p> <p>Mouvements : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Soins : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>ADP (accès douloureux paroxystiques) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nombre par 24 heures :</p>	
<p>EN (dernière semaine) Moyenne : Minimum : Maximum :</p> <p>DN4 \geq 4 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p><u>Traitement :</u></p>	
<p>Observance :</p>	
<p>Effets indésirables</p>	
<p><u>Commentaires :</u></p>	
<p><i>Patient orienté vers</i></p>	

QUESTIONNAIRE DN4

Interrogatoire du patient

Question 1 : la douleur présente-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. Brûlure | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 2. Sensation de froid douloureux | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 3. Décharge électrique | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Question 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

- | | |
|---------------------|---|
| 4. Fourmillements | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 5. Picotements | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 6. Engourdissements | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 7. Démangeaisons | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Examen du patient

Question 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

- | | |
|-----------------------------|---|
| 8. Hypoesthésie au tact | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 9. Hypoesthésie à la piqûre | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Question 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par ?

- | | |
|-------------------|---|
| 10. Le frottement | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|-------------------|---|

Score du patient : / 10

OUI = 1 point NON = 0 Valeur seuil pour le diagnostic positif de douleur neuropathique 4/10