

QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire pourra vous permettre de faire le point sur votre maladie et de mesurer son impact sur votre vie. Vous pourrez également l'utiliser en vue d'une consultation médicale comme support pour ne négliger aucun détail.

A vous de l'imprimer si cela peut vous être utile.

1er Partie

Depuis quand souffrez vous ?

- 0 à 6 mois
- 6 mois à 1 an
- 1 an à 2ans
- 2ans à 5ans
- +5ans

Vos douleurs sont-elles permanentes?

- Oui
- Non

Si oui, depuis combien de temps ?

Si non, quelle est la fréquence ?

Avez-vous été victime d'erreurs de diagnostics ?

- Oui
- Non

Avez-vous subi une ou plusieurs opérations au niveau du petit bassin ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?

Cela a-t-il eu pour conséquence d'aggraver votre état initial ?

- Oui
- Non

Avez-vous été diagnostiqué ?

- Oui
- Non

Si oui depuis combien de temps ?

Avez-vous eu des infiltrations ?

- Oui
- Non

Si oui, combien ?

Avez-vous obtenu une amélioration (même transitoire) ?

- Oui
- Non

Avez-vous été opéré de la compression des nerfs pudendaux ?

- Oui
- Non

Si oui, depuis combien de temps ?

Avez-vous obtenu des améliorations notables et durables ?

- Oui
- Non

2ème Partie

Ici nous vous demandons de donner un chiffre entre 0 et 10 dans chacune des zones citées ci-dessous, en fonction de la douleur que vous éprouvez actuellement... (Pour la notation, se reporter à l'échelle de la douleur)

Symptômes principaux

- 01) Organes génitaux
- 02) Périnée
- 03) Anus (rectum)

Symptômes associés

- 04) Vessie
- 05) Bassin (douleur osseuse)
- 06) Muscle fessier (pyramidal)
- 07) Membre inférieur
- 08) Dos (lombaire)

ECHELLE DE LA DOULEUR

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

3ème partie

CONSEQUENCE MORALE, SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

1) Conséquence Professionnelle

Avez-vous arrêté votre activité en raison de votre maladie?

- Oui
- Non

Si oui, depuis combien de temps ?

2) Conséquence Sociale

-Environnement extérieur

Avez-vous l'impression de vous désocialiser ?

- Oui
- Non

-Environnement privé

Relationnel avec les amis, la famille.

- Inchangé
- Perturbé
- Inexistant

Vivez vous en couple ?

- Oui
- Non

Avez-vous des enfants à charge?

- Oui
- Non

Relationnel avec le conjoint.

- Inchangé
- Perturbé
- Inexistant

Fréquence des rapports sexuels.

- Inchangée
- Perturbée
- Inexistante

3) Conséquence Morale

Avez-vous l'impression d'être déprimé ?

- Oui
- Non

Souffrez vous d'insomnie en lien avec la maladie ?

- En permanence
- Fréquemment
- Rarement
- Jamais

Avez-vous l'impression d'avoir perdu votre dignité ?

- Oui
- Non

Avez-vous l'impression de survivre ?

- Oui
- Non

Avez-vous des idées suicidaires ?

- Oui
- Non

Si oui, la fréquence ?

- En permanence
- Fréquemment
- Rarement
- Jamais

Commentaire: