



Formulaire d'évaluation de la douleur pelvienne

**Traduit par les
Laboratoires Abbott, Limitée
avec l'autorisation de
The International Pelvic Pain Society**

**Révisé par le D^r Éric Paradis
Novembre 2003**

**Imprimé et distribué au Canada par les
Laboratoires Abbott, Limitée**

© Novembre 1999, The International Pelvic Pain Society
Ce document peut être reproduit et distribué librement
en autant que l'avis de droit d'auteur demeure intact.

(205) 877-2950

www.pelvicpain.org

(800) 624-9676 (aux É.-U.)

Renseignements sur la personne-ressource

Nom : _____ Date de naissance : _____
 N° du dossier : _____
 Tél. (travail) : _____ Tél. (domicile) : _____
 Pouvons-nous communiquer avec quelqu'un d'autre si nous ne pouvons vous joindre?

 N° de tél. de l'autre personne-ressource : _____

Renseignements sur votre douleur

Veuillez décrire votre douleur : _____
 Selon vous, quelle est la cause de votre douleur? _____
 Selon les membres de votre famille, quelle est la cause de votre douleur? _____

Croyez-vous que quelqu'un soit à l'origine de votre douleur? Oui Non

Si oui, qui? _____

Croyez-vous qu'une intervention chirurgicale soit nécessaire? Oui Non

Y a-t-il un événement précis que vous associez au début de la douleur? Oui Non

Si oui, lequel? _____

Depuis combien de temps avez-vous mal?

< 6 mois Entre six mois et un an Un ou deux ans > 2 ans

Noircissez le cercle qui correspond à l'intensité de la douleur que vous avez ressentie au cours du dernier mois pour chacun des symptômes énumérés.

0 = Aucune douleur

10 = Douleur intolérable

Évaluation de votre douleur actuelle :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
À l'ovulation (au milieu du cycle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Juste avant vos règles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pendant vos règles (autres que des crampes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs profondes durant les relations sexuelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
À l'aîne quand vous soulevez quelque chose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur pelvienne qui dure des heures ou des jours après les relations sexuelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quand votre vessie est pleine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur aux muscles et aux articulations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur ovarienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crampes durant vos règles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur après vos règles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensation de brûlure au vagin durant les relations sexuelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur liée à la miction	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mal de dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migraine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quel degré de douleur vous semble acceptable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quel est la pire douleur que vous ayez jamais ressentie?

Calcul rénal Occlusion intestinale Migraine
 Travail et accouchement Douleur pelvienne actuelle Mal de dos
 Os cassé Intervention chirurgicale
 Autre _____

Données démographiques

Êtes-vous :

Mariée Veuve Séparée Dans une relation stable
 Célibataire Remariée Divorcée

Avec qui vivez-vous? _____

Niveau de scolarité : Moins de 12 ans Diplôme d'études secondaires
 Baccalauréat Diplôme d'études supérieures

Dans quel domaine avez-vous étudié? _____

Quel genre de travail faites-vous? _____

Habitudes en matière de santé

Faites-vous de l'exercice régulièrement? Oui Non Quel genre? _____

Quel est votre régime alimentaire? _____

Combien de fois par jour consommez-vous de la caféine (café, thé, boissons gazeuses, etc.)?

0 1 à 3 4 à 6 > 6

Combien de cigarettes fumez-vous par jour? _____ Depuis combien d'années? _____

Avez-vous déjà ressenti le besoin de réduire votre consommation d'alcool? Oui Non

Avez-vous déjà trouvé que l'on critiquait trop votre consommation d'alcool? Oui Non

Vous êtes-vous déjà sentie coupable de consommer de l'alcool ou de ce que vous avez dit ou fait quand vous consommiez de l'alcool? Oui Non

Avez-vous déjà pris un verre le matin? Oui Non

Consommez-vous des drogues?

Jamais Auparavant, mais plus maintenant Oui Préfère ne pas répondre

Héroïne Amphétamines Marijuana

Barbituriques Cocaïne Autre _____

Avez-vous déjà suivi un traitement pour votre consommation de drogue? Oui Non

Causes et soulagement de la douleur

À qui parlez-vous de votre douleur ou pendant les moments difficiles?

Conjoint/Partenaire Membre de la famille Groupe de soutien Ministre du culte
 Ami(e) Médecin/infirmière Professionnel de la santé mentale Je prends soin de moi-même

Comment votre partenaire réagit-il à votre douleur?

Ne s'en rend pas compte S'occupe de moi La question ne s'applique pas

Se retire Se sent impuissant Se fâche

Me change les idées en prévoyant des activités

Qu'est-ce qui soulage votre douleur?

Méditation Relaxation Position couchée Musique

Massage Glace Coussin chauffant Bain chaud

Analgésiques Laxatifs/lavements Injection Neurostimulateur

Défécation Miction Rien

Autre _____

Qu'est-ce qui accentue votre douleur?

Les relations sexuelles Les orgasmes Le stress Les repas copieux

La défécation Une vessie pleine La miction Le fait de rester debout

La marche L'exercice Le moment de la journée Le temps qu'il fait

Le contact avec La toux/éternuements La douleur ne dépend d'aucun facteur

les vêtements

Autre _____

Quelle importance donneriez-vous à votre douleur comparativement à vos autres problèmes ou stress?

C'est le problème le plus important Ce n'est qu'un problème parmi tant d'autres

Règles

À quel âge avez-vous commencé à être menstruée? _____
Avez-vous encore des règles? Oui Non

Ne répondez aux questions suivantes que si vous avez encore des règles :

Vos saignements sont : Légers Moyens Importants Ils traversent les serviettes hygiéniques
Combien de jours séparent vos règles? _____
Combien de temps durent vos règles? _____
À quand remontent vos dernières règles? _____
Resentez-vous de la douleur durant vos règles? Oui Non
Commencez-vous à avoir mal le jour où vos règles commencent? Oui Non
La douleur commence _____ jours avant le début des règles.
Vos règles sont-elles régulières? Oui Non
Y a-t-il des caillots dans vos saignements? Oui Non

Vessie

Urinez-vous lorsque vous toussiez, éternuez ou riez? Oui Non
Devez-vous uriner fréquemment? Oui Non
Resentez-vous un besoin urgent d'uriner? Oui Non
Avez-vous de la difficulté à uriner? Oui Non
Avez-vous souvent des infections urinaires? Oui Non
Combien de fois devez-vous uriner pendant la nuit? 0 ou 1 fois Deux ou plus
Quantité : Peu Moyen Beaucoup
Combien de fois devez-vous uriner pendant la journée? Huit ou moins 9 à 15 > 16
Quantité : Peu Moyen Beaucoup
Avez-vous encore l'impression que votre vessie est pleine après avoir uriné? Oui Non

Intestins

Resentez-vous un inconfort ou une douleur associé à un changement de consistance de vos selles (plus molles ou plus dures)? Oui Non
Avez-vous présenté l'un des points suivants au moins le quart du temps au cours des trois derniers mois?
(Cochez *tous* les choix qui s'appliquent.)
 Moins de trois selles *par semaine* (0 à 2 selles)
 Plus de trois selles *par jour* (4 selles ou plus)
 Selles dures
 Selles molles ou aqueuses
 Défécation difficile
 Défécation impérieuse – besoin urgent de déféquer
 Sensation de n'avoir pas vidé complètement l'intestin
 Présence de mucus (substance blanchâtre) dans les selles
 Sensation de plénitude abdominale, ballonnement ou gonflement

¹ The Functional Gastrointestinal Disorders, Drossman, et al. Chapitre 4, "Functional Bowel Disorders and Functional Abdominal Pain". 1994.

Troubles gastrointestinaux/alimentaires

Avez-vous des nausées? Non Associées à de la douleur Dues aux médicaments
 Associées aux aliments Autre _____
Des vomissements? Non Associés à de la douleur Dus aux médicaments
 Associés aux aliments Autre _____
Avez-vous déjà souffert d'un trouble alimentaire, tel que l'anorexie ou la boulimie? Oui Non

Short-Form McGill

Faites une coche dans la colonne qui décrit le degré de douleur que vous ressentez. Veuillez ne décrire que votre douleur pelvienne.

Type de douleur	Comment avez-vous mal?			
	Aucune (0)	Légère (1)	Moyenne (2)	Intense (3)
Pulsatile	_____	_____	_____	_____
Fulgurante	_____	_____	_____	_____
En coup de poignard	_____	_____	_____	_____
Vive	_____	_____	_____	_____
Crampes	_____	_____	_____	_____
Mordante	_____	_____	_____	_____
À type de brûlure	_____	_____	_____	_____
Constante	_____	_____	_____	_____
Intense	_____	_____	_____	_____
Sensibilité	_____	_____	_____	_____
Fendante	_____	_____	_____	_____
Fatigante/épuisante	_____	_____	_____	_____
Accompagnée de nausées	_____	_____	_____	_____
Épouvante	_____	_____	_____	_____
Violente/cruelle	_____	_____	_____	_____

Melzack, R: The Short-Form McGill Pain Questionnaire, Pain 30:191-7, 1987

Parmi les énoncés ci-dessous, lesquels décrivent le mieux la façon dont vous faites face à la douleur?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Je compte ou me chante une chanson dans ma tête | <input type="checkbox"/> Je me dis d'être courageuse et continue malgré tout |
| <input type="checkbox"/> Je la considère comme n'importe quelle autre sensation, telle qu'un engourdissement | <input type="checkbox"/> Je me dis que ça ne fait pas vraiment mal |
| <input type="checkbox"/> Je prie Dieu que ça ne dure pas longtemps | <input type="checkbox"/> Je me demande tout le temps si ça finira un jour |
| <input type="checkbox"/> Je m'active, par exemple en faisant du ménage | <input type="checkbox"/> Je prends des médicaments anti-douleur |
| <input type="checkbox"/> J'ignore la douleur autant que possible | <input type="checkbox"/> Autre |

SF-36

Selon vous, votre état de santé général est-il :

- Excellent Très bon Bon Passable Mauvais

Selon vous, votre état de santé général est-il meilleur ou pire qu'il y a un an?

- Bien meilleur Un peu moins bon
 Un peu meilleur Bien pire
 À peu près pareil

Les énoncés suivants décrivent des activités de tous les jours. *Votre état de santé actuel vous empêche-t-il de pratiquer ces activités? Si oui, veuillez indiquer dans quelle mesure.*

	Oui, beaucoup	Un peu	Non	Pas du tout
Activités intenses, telles que courir, soulever des objets lourds, pratiquer des sports ardu				
Activités modérées, telles que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles ou au golf				
Soulever ou porter des sacs d'épicerie				
Monter l'escalier sur plusieurs étages				
Monter l'escalier sur un étage				
Vous pencher, vous agenouiller ou vous baisser				
Marcher plus d'un mille				
Marcher plusieurs pâtés de maison				
Marcher un pâté de maison				
Vous laver ou vous habiller				

Au cours des *quatre dernières semaines*, avez-vous eu les problèmes suivants dans le cadre de votre travail ou de vos activités quotidiennes *à cause de votre état de santé*?

- Moins de temps passé à travailler ou à pratiquer vos activités Oui Non
 Accompli moins que vous l'auriez voulu Oui Non
 Limité le type de travail ou d'activités Oui Non
 Difficulté à accomplir votre travail ou à pratiquer vos activités
 (parce qu'il fallait faire un effort supplémentaire) Oui Non

Au cours des *quatre dernières semaines*, avez-vous eu les problèmes suivants dans le cadre de votre travail ou de vos activités quotidiennes *à cause d'un problème émotionnel* (par exemple, si vous vous sentez déprimée ou anxieuse)?

- Moins de temps passé à travailler ou à pratiquer vos activités Oui Non
 Accompli moins que vous l'auriez voulu Oui Non
 Moins de soin que d'habitude apporté à votre travail ou à vos activités Oui Non

Au cours des *quatre dernières semaines*, dans quelle mesure votre état de santé ou vos problèmes émotionnels ont-ils affecté vos activités sociales normales avec votre famille, vos amis, vos voisins ou en groupe?

- Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup Énormément

Quelle est l'intensité de la douleur physique que vous avez ressentie au cours des quatre dernières semaines?

- Aucune Très légère Légère Moyenne Intense Très intense

Au cours des quatre dernières semaines, la douleur vous a-t-elle empêché d'accomplir votre travail et vos tâches ménagères?

- Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup Énormément

Les questions suivantes portent sur votre état d'esprit *au cours des quatre dernières semaines*. Veuillez, pour chacune d'entre elles, cocher dans la colonne qui y répond le mieux.

Combien de fois, *au cours des quatre dernières semaines* :

	Tout le temps	La plupart du temps	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Avez-vous eu de l'entrain?						
Vous êtes-vous sentie très nerveuse?						
Vous êtes-vous sentie si déprimée que rien ne pouvait vous remonter le moral?						
Vous êtes-vous sentie calme et sereine?						
Vous êtes-vous sentie pleine d'énergie?						
Avez-vous été déprimée?						
Vous êtes-vous sentie épuisée?						
Avez-vous été joyeuse?						
Vous êtes-vous sentie fatiguée?						

Au cours des *quatre dernières semaines*, combien de fois *votre état de santé ou votre état émotionnel* ont-ils affecté vos activités sociales (par exemple, visiter des amis, de la famille, etc.)?

- Tout le temps La plupart du temps Parfois Rarement Jamais

Les énoncés suivants s'appliquent-ils à vous?

	Très vrai	Assez vrai	Je ne sais pas	Plutôt faux	Complètement faux
Je semble tomber malade un peu plus facilement que les autres					
Je suis en aussi bonne santé que les autres personnes que je connais					
Je crois que mon état de santé va s'aggraver					
Mon état de santé est excellent					

Antécédents personnels

Avez-vous d'autres commentaires à apporter sur votre douleur? _____

Quels genres de traitement avez-vous essayés pour soulager votre douleur?

<input type="checkbox"/> Acupuncture	<input type="checkbox"/> Médecine homéopathique	<input type="checkbox"/> Physiothérapie
<input type="checkbox"/> Anesthésiologie	<input type="checkbox"/> Lupron, Zoladex, Synarel	<input type="checkbox"/> Psychothérapie
<input type="checkbox"/> Antiépileptiques	<input type="checkbox"/> Massage	<input type="checkbox"/> Rhumatologie
<input type="checkbox"/> Antidépresseurs	<input type="checkbox"/> Méditation	<input type="checkbox"/> Aimants cutanés
<input type="checkbox"/> Biofeedback	<input type="checkbox"/> Narcotiques	<input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale
<input type="checkbox"/> Pilules contraceptives	<input type="checkbox"/> Médicaments naturels	<input type="checkbox"/> Neurostimulateur
<input type="checkbox"/> Danazol (Danocrine)	<input type="checkbox"/> Blocage nerveux	<input type="checkbox"/> Nutrition/régime alimentaire
<input type="checkbox"/> Depo-Provera	<input type="checkbox"/> Neurochirurgien	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Médecin de famille	<input type="checkbox"/> Médicaments en vente libre	
<input type="checkbox"/> Herbes médicinales	<input type="checkbox"/> Injections aux points de déclenchement de la douleur	

Énumérez tous les médecins et professionnels de la santé qui vous ont évaluée ou traitée pour votre douleur pelvienne chronique. Voyez-vous des objections à ce que je communique avec ces professionnels de la santé? Oui Non

<i>Médecin/Professionnel de la santé</i>	<i>Ville (province)</i>

Qui est votre médecin de premier recours? _____

Veuillez énumérer toutes les interventions chirurgicales que vous avez subies (*relatives à votre douleur*) :

<i>Année</i>	<i>Intervention chirurgicale</i>	<i>Chirurgien</i>

Veuillez énumérer toutes les autres interventions chirurgicales que vous avez subies :

<i>Année</i>	<i>Intervention chirurgicale</i>	<i>Année</i>	<i>Intervention chirurgicale</i>

Veuillez énumérer tous les analgésiques que vous avez pris au cours des six derniers mois ainsi que les médecins qui vous les ont prescrits (ajoutez une page séparée si nécessaire) :

<i>Médicament</i>	<i>Médecin</i>	<i>Votre douleur a-t-elle été soulagée?</i>
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'ai énuméré d'autres médicaments sur une page séparée

Avez-vous déjà été hospitalisée pour une autre raison qu'une intervention chirurgicale ou un accouchement?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

Avez-vous déjà eu des accidents graves, tels qu'une chute ou une blessure au dos? Oui Non

Avez-vous déjà reçu un traitement contre la dépression? Oui Non

Traitement : Médicament Hospitalisation Psychothérapie

Méthode de contraception :

Rien

Pilule

Vasectomie

Hystérectomie

Stérilet

Diaphragme

Abstinence périodique

Ligature des trompes

Condom

Autre : _____

Souhaitez-vous demeurer fertile? Oui Non

Combien de fois avez-vous été enceinte? _____

Soit (indiquer le nombre) :

_____ grossesses à terme _____ accouchements prématurés _____ avortements ou fausses couches _____ enfants en vie

Avez-vous eu des complications au cours de la grossesse, du travail ou de l'accouchement ou après l'accouchement (postpartum)?

Épisiotomie de 4°

Césarienne

Hémorragie au postpartum

Lacération vaginale

Médicaments qui favorisent la coagulation

Forceps

Autre : _____

Dans votre famille, y a-t-il eu des cas de :

Fibromyalgie

Douleur pelvienne chronique

Sclérodermie

Endométriose

Lupus

Cystite interstitielle

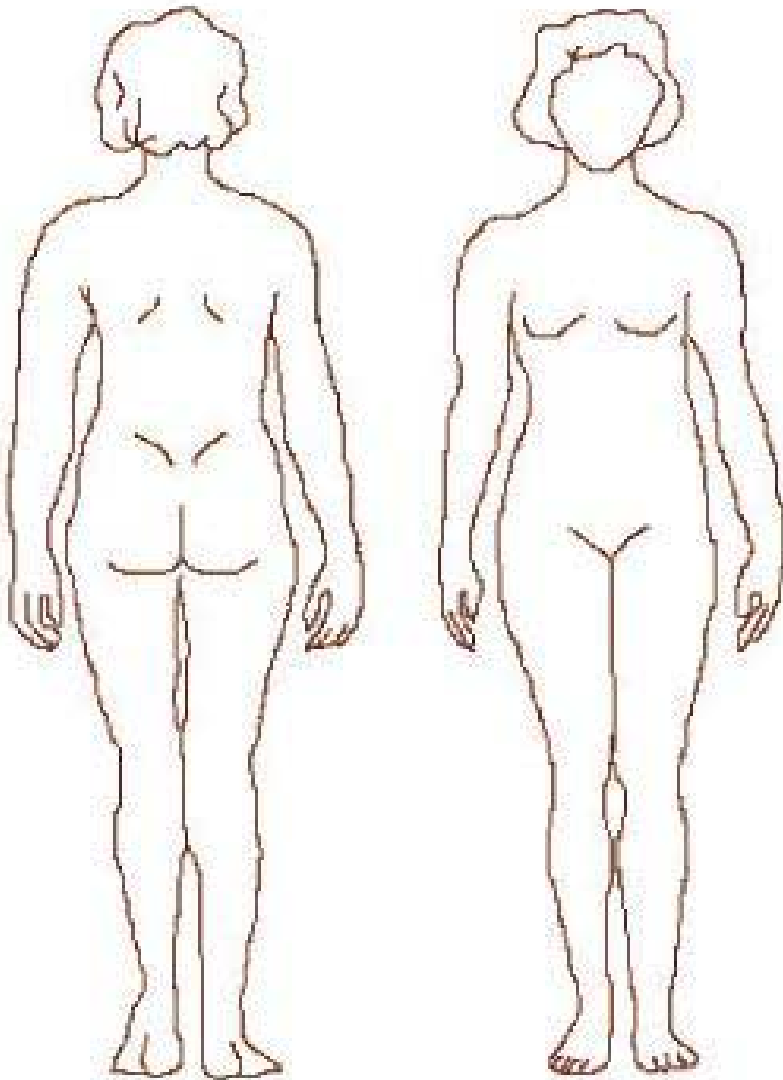
Cancer

Dépression

Côlon irritable

Infections des voies
urinaires récurrentes

Inscrivez un «X» à l'endroit où vous avez le plus mal et grisez les autres endroits où vous ressentez de la douleur.



Antécédents d'abus sexuel et physique

Avez-vous déjà été victime d'abus émotionnel, tel qu'une humiliation ou une insulte?

Oui Non Aucune réponse

	En tant qu'enfant (13 ans et moins)		En tant qu'adulte (14 ans et plus)	
Répondez dans la colonne «enfant» ainsi que dans la colonne «adulte».				
1a. Quelqu'un vous a-t-il déjà montré ses organes sexuels alors que vous ne le vouliez pas?	Oui	Non	Oui	Non
1b. Quelqu'un vous a-t-il déjà menacée d'avoir une relation sexuelle avec vous alors que vous ne le vouliez pas?	Oui	Non	Oui	Non
1c. Quelqu'un a-t-il déjà touché vos organes génitaux alors que vous ne le vouliez pas?	Oui	Non	Oui	Non
1d. Quelqu'un vous a-t-il obligée à toucher ses organes génitaux alors que vous ne le vouliez pas?	Oui	Non	Oui	Non
1e. Quelqu'un vous a-t-il déjà forcée à avoir des relations sexuelles alors que vous ne le vouliez pas?	Oui	Non	Oui	Non
1f. Avez-vous déjà eu d'autres expériences sexuelles non désirées? Si oui, précisez : _____	Oui	Non	Oui	Non

2. Quand vous étiez enfant (13 ans ou moins), est-il déjà arrivé qu'une personne plus âgée :

- | | | | | |
|--|--------|----------|---------|---------|
| a. vous batte ou vous frappe avec le poing ou le pied? | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent |
| b. mette votre vie en danger? | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent |

3. À l'âge adulte (14 ans ou plus), est-il déjà arrivé qu'un autre adulte :

- | | | | | |
|--|--------|----------|---------|---------|
| a. vous batte ou vous frappe avec le poing ou le pied? | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent |
| b. mette votre vie en danger? | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent |

Leserman J, Drossman D, Li Z: The Reliability and Validity of a Sexual and Physical Abuse History Questionnaire in Female Patients with Gastrointestinal Disorders. Behavioral Medicine 21:141-8, 1995.

Examen physique – Réserve aux médecins

Nom : _____ N° du dossier : _____
Taille : _____ Poids : _____ TA : _____ Dernières règles : _____
Température : _____ Respiration : _____

Révision des systèmes et appareils ainsi que des antécédents familiaux et (ou) sociaux :

Oui Non Signature du médecin _____

Remarques générales :

Dans les limites de la normale Démarche Expression
 Couleur Modification de la posture
 Autre _____

NOTA : Si la patiente n'a pas été examinée, inscrire «NE»

Tête, yeux, oreilles, nez et gorge _____ Dans les limites de la normale _____

Poitrine _____ Dans les limites de la normale _____

Cœur _____ Dans les limites de la normale _____

Seins _____ Dans les limites de la normale _____

Abdomen

Aucune sensibilité Incisions Points de déclenchement de la douleur Sensibilité de l'aîne
 Enflure à l'aîne Sensibilité sus-pubienne Sensibilité dans la région ovarienne
 Autre _____

Dos

Aucune sensibilité Sensibilité Amplitude des mouvements limitée
 Modification de la posture

Extrémités

Dans les limites de la normale Œdème Varices Neuropathie Amplitude des mouvements

Neuropathie

Nerf ilio-hypogastrique Nerf ilio-inguinal Nerf génito-crural Nerf honteux
 Sensation altérée

Organes génitaux externes (glandes de Bartholin, urètre, glandes de Skene) et vagin

Dans les limites de la normale Lésions

Sécrétions vaginales sans préparation (*Wet prep*) :

Sensibilité localisée :

Muqueuses vaginales :

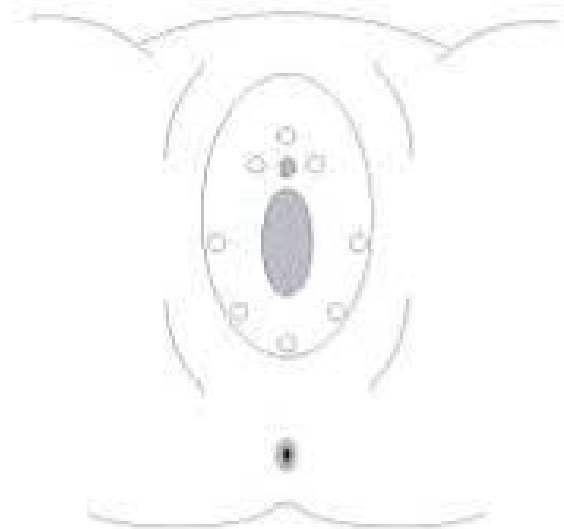
Fourchette :

Pertes vaginales :

Cultures : Gonocoque Chlamydia Champignons Herpès

Examen gynécologique à une main

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale | <input type="checkbox"/> Col de l'utérus |
| <input type="checkbox"/> Ostium du vagin | <input type="checkbox"/> Mouvement du col de l'utérus |
| <input type="checkbox"/> Jonction de l'utérus et du col | <input type="checkbox"/> Paramètre |
| <input type="checkbox"/> Urètre | <input type="checkbox"/> Cul-de-sac postérieur |
| <input type="checkbox"/> Vessie | <input type="checkbox"/> Cul-de-sac |
| <input type="checkbox"/> Uretère droit | <input type="checkbox"/> Uretère gauche |
| <input type="checkbox"/> Aine droite | <input type="checkbox"/> Aine gauche |
| <input type="checkbox"/> Défense musculaire | <input type="checkbox"/> Sensibilité du clitoris |



Les patientes attribuent un score de 0 à 4 à la douleur provoquée par un coton-tige à chacun des endroits déterminés ci-dessus par un cercle.
Score total : _____

Évaluation de la sensibilité des muscles sur un score de 0 à 4

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Muscle obturateur droit | _____ |
| <input type="checkbox"/> Muscle obturateur gauche | _____ |
| <input type="checkbox"/> Muscle piriforme droit | _____ |
| <input type="checkbox"/> Muscle piriforme gauche | _____ |
| <input type="checkbox"/> Muscle pubo-coccygien droit | _____ |
| <input type="checkbox"/> Muscle pubo-coccygien gauche | _____ |
| <input type="checkbox"/> Score total du périnée | _____ |

Examen gynécologique à deux mains

- | | | | |
|-------------|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Utérus : | <input type="checkbox"/> Absent | <input type="checkbox"/> Non sensible | |
| | <input type="checkbox"/> Sensible | | |
| Position | <input type="checkbox"/> Antérieure | <input type="checkbox"/> Postérieure | <input type="checkbox"/> Centrale |
| Taille | <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Autre | _____ |
| Contour | <input type="checkbox"/> Régulier | <input type="checkbox"/> Irrégulier | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| Consistance | <input type="checkbox"/> Ferme | <input type="checkbox"/> Mou | <input type="checkbox"/> Dur |
| Mobilité | <input type="checkbox"/> Mobile | <input type="checkbox"/> Très mobile | <input type="checkbox"/> Fixe |
| Support | <input type="checkbox"/> Bien supporté | <input type="checkbox"/> Prolapsus | |

Annexes

Droites

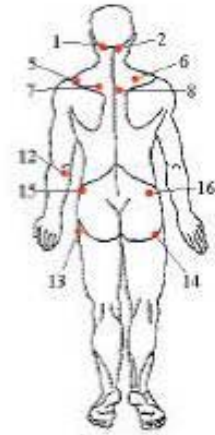
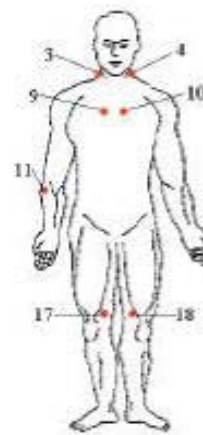
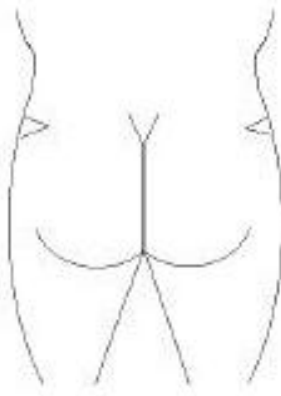
- Absentes
- Dans les limites de la normale
- Sensibles
- Fixes
- Élargies _____ cm

Gauches

- Absentes
- Dans les limites de la normale
- Sensibles
- Fixes
- Élargies _____ cm

Région recto-vaginale

- Dans les limites de la normale
- Sensibilité
- Aucun examen
- Nodules
- Anomalie des muqueuses
- Sang occulte dans les selles (résultat négatif au contrôle de qualité)



Points de déclenchement de la douleur

Fibromyalgie

Évaluation : _____

Méthode diagnostique : _____

Plan de traitement : _____



Ce document peut être reproduit et distribué librement en autant que l'avis de droit d'auteur demeure intact.

(205) 877-2950

www.pelvicpain.org

(800) 624-9676 (aux É.-U.)

Imprimé au Canada

LUG/28F01 – novembre 2003