

Les mots pour le dire...

Guide pour vous aider à décrire votre douleur et la manière dont elle affecte votre vie

La douleur est une chose difficile à décrire. Il existe différents types de douleur et la tolérance à la douleur varie énormément d'une personne à l'autre. C'est pourquoi les professionnels de la santé ont besoin que vous les aidiez à se faire une idée de la douleur que vous ressentez – où elle est localisée, de quel type de douleur il s'agit et quelle en est l'intensité. En décrivant votre douleur en détail vous aidez les professionnels de la santé à :

- mieux évaluer votre douleur;
- établir un plan de traitement efficace pour la maîtriser.

Remplissez le guide suivant et montrez vos réponses à votre professionnel de la santé. Cela lui permettra de mieux comprendre la nature de votre douleur et de prendre des décisions de traitement appropriées. Ces renseignements sont le fruit d'une initiative conjointe de Janssen-Ortho Inc. et de Soins-santé grand public McNeil, et sont approuvés par l'Association des pharmaciens du Canada. Réviseurs: Dr Carter Thorne, Dr Algis Jovaisas et Dr André Bélanger.

Description de la douleur

Les professionnels de la santé ne peuvent pas voir ni ressentir votre douleur; c'est donc à vous de les aider à savoir ce que vous éprouvez. Les mots et expressions ci-dessous ont pour but de vous faciliter la tâche. Veuillez cocher (✓) ceux qui décrivent le mieux votre douleur.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> douleur vive | <input type="checkbox"/> douleur sourde | <input type="checkbox"/> pincement |
| <input type="checkbox"/> douleur intense | <input type="checkbox"/> douleur profonde | <input type="checkbox"/> engourdissement |
| <input type="checkbox"/> sensation de brûlure | <input type="checkbox"/> douleur superficielle | <input type="checkbox"/> douleur causant la nausée |
| <input type="checkbox"/> douleur tenaillante / harcelante | <input type="checkbox"/> douleur palpitante (sous forme de pulsations) | <input type="checkbox"/> douleur aiguë |
| <input type="checkbox"/> crampes | <input type="checkbox"/> douleur irradiante | <input type="checkbox"/> douleur « en coup de poignard » |
| <input type="checkbox"/> douleur généralisée | <input type="checkbox"/> endolorissement / sensibilité | <input type="checkbox"/> douleur pénétrante |
| <input type="checkbox"/> douleur cuisante (effet de chaleur) | <input type="checkbox"/> douleur atroce fourmillements | <input type="checkbox"/> douleur épuisante |
| <input type="checkbox"/> élancements | | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____ |

En vous servant de la liste ci-dessus, veuillez noter les trois mots ou expressions qui décrivent le mieux votre douleur:

1.

2.

3.

Sur la ligne ci-dessous, indiquez par un trait le point indiquant L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR QUE VOUS ÉProuVEZ PRÉSENTEMENT.

Aucune douleur

Douleur très sévère



N'hésitez pas à parler de votre douleur

Votre douleur peut se maîtriser; n'ayez donc pas peur d'en parler à un professionnel de la santé. Ce n'est pas parce que vous admettez éprouver une douleur qui vous affecte que vous êtes une personne faible de caractère ou qui se plaint tout le temps.

1. Où la douleur est-elle localisée?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tête <ul style="list-style-type: none">• Devant de la tête• Haut de la tête• Arrière de la tête• Côté gauche• Côté droit• Milieu | <input type="checkbox"/> Bras <ul style="list-style-type: none">• Avant-bras• Bras <input type="checkbox"/> Mains/doigts | <input type="checkbox"/> Bas des jambes <ul style="list-style-type: none">• Haut des jambes• Genoux |
| <input type="checkbox"/> Cou | <input type="checkbox"/> Dos | <input type="checkbox"/> Pieds/orteils |
| <input type="checkbox"/> Épaules | <input type="checkbox"/> Bas du dos <ul style="list-style-type: none">• Haut du dos• Fesses | <input type="checkbox"/> La douleur n'est pas limitée à une partie du corps, j'ai mal partout. |
| | <input type="checkbox"/> Jambes | <input type="checkbox"/> La douleur se déplace d'une zone à une autre. |
| | | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____ |

2. Quand la douleur survient-elle? Cochez (✓) tout ce qui s'applique:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> La douleur ne disparaît jamais | <input type="checkbox"/> La douleur se réveille subitement | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____ |
| <input type="checkbox"/> La douleur est intermittente | <input type="checkbox"/> La douleur apparaît de façon graduelle | |

3. Combien de temps dure-t-elle?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Moins d'une minute | <input type="checkbox"/> Plusieurs heures | <input type="checkbox"/> Plusieurs mois |
| <input type="checkbox"/> De 5 à 10 minutes | <input type="checkbox"/> Plusieurs jours | |
| <input type="checkbox"/> Entre une demi-heure et une heure | <input type="checkbox"/> Plusieurs semaines | |

4. À quel moment de la journée la douleur se manifeste-t-elle d'habitude? Cochez (✓) TOUT ce qui s'applique.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Petites heures du matin (minuit - 5 h) | <input type="checkbox"/> Début d'après-midi (midi - 15 h) | <input type="checkbox"/> Nuit (21 h - minuit) |
| <input type="checkbox"/> Début de matinée (5 h - 9 h) | <input type="checkbox"/> Fin d'après-midi (15 h - 18 h) | <input type="checkbox"/> Toute la journée et toute la nuit |
| <input type="checkbox"/> Fin de matinée (9 h - midi) | <input type="checkbox"/> Soirée (18 h - 21 h) | |

5. Y a-t-il quelque chose de particulier qui réveille votre douleur (ou qui l'aggrave)?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Le temps | <input type="checkbox"/> La tension musculaire (p. ex. pour soulever, porter, pousser ou tirer des objets) | <input type="checkbox"/> La consommation de certains aliments |
| <input type="checkbox"/> La température | <input type="checkbox"/> Le fait de rester trop longtemps dans la même position | <input type="checkbox"/> La fatigue |
| <input type="checkbox"/> Le fait de bouger | <input type="checkbox"/> Un mouvement répétitif | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____ |
| <input type="checkbox"/> La marche | | <input type="checkbox"/> Je ne peux pas dire qu'il y ait une chose en particulier qui cause ma douleur |
| <input type="checkbox"/> L'excès d'exercice | | |
| <input type="checkbox"/> Le manque d'exercice | | |



6. En quoi la douleur affecte-t-elle vos activités?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Je ne peux pas marcher à pied | <input type="checkbox"/> Je ne peux pas m'occuper de moi | <input type="checkbox"/> Je ne peux pas avoir de relations sexuelles |
| <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me faire aider pour porter les paquets pesants | <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me faire aider pour les activités de la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> La douleur n'affecte pas mes activités |
| <input type="checkbox"/> Je ne peux pas accomplir les tâches ménagères | <input type="checkbox"/> Je ne peux pas passer de temps avec mes amis | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____ |
| <input type="checkbox"/> Je ne peux pas faire mon travail | | |

7. Avez-vous cessé certaines activités à cause de votre douleur? Y a-t-il des activités que vous menez différemment?

8. La douleur affecte-t-elle votre sommeil?

- Oui Non Parfois

9. La douleur affecte-t-elle votre travail ou votre participation à des activités courantes de la vie quotidienne?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui, je dois prendre davantage de jours de congé ou annuler des activités courantes de la vie quotidienne en raison de la douleur.
Si oui, combien de jours par mois? | <input type="checkbox"/> 4 jours |
| <input type="checkbox"/> 1 jour | <input type="checkbox"/> Plus de 4 jours |
| <input type="checkbox"/> 2 jours | <input type="checkbox"/> Non, la douleur n'affecte pas mon travail ni ma participation à des activités courantes de la vie quotidienne. |
| <input type="checkbox"/> 3 jours | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____ |

Si vous ressentez de la douleur, vous devriez consulter un médecin afin qu'il puisse établir un plan de traitement approprié pour maîtriser votre douleur.

Ces renseignements sont le fruit d'une initiative conjointe de Janssen-Ortho Inc. et de Soins-santé grand public McNeil, et sont approuvés par l'Association des pharmaciens du Canada. Réviseurs : Dr Carter Thorne, Dr Algis Jovaisas et Dr André Bélanger.

