

Questionnaire concis de la douleur

QCD – Version courte

Cet auto-questionnaire* permet d'évaluer les principales dimensions de la douleur.

Il est utile pour réaliser l'évaluation initiale et pour assurer le suivi d'une douleur

1. Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents). Au cours des huit derniers jours avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

OUI

☐

NON

☐

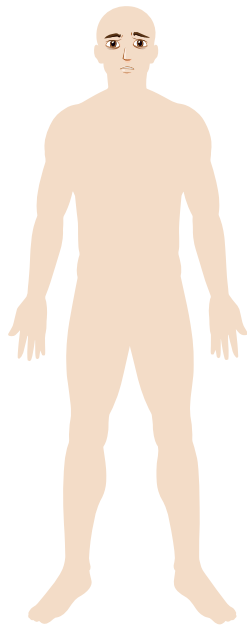
Si vous avez répondu « non » à la dernière question, il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes.

Merci de votre participation.

2. Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.

FACE

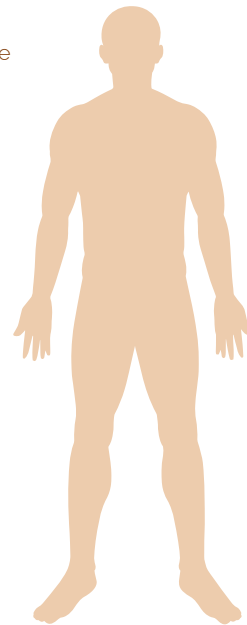
Droite



Gauche

DOS

Gauche



Droite

* Le Questionnaire concis de la douleur (QCD) est la version française du Brief Pain Inventory (BPI).

Source : Cleeland CS, University of Texas MD Anderson Center. Questionnaire concis sur les douleurs (format réduit). Houston: University of Texas MD Anderson Center; 1991.

www.mdanderson.org/content/dam/mdanderson/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI-SF_French_24hrs_SAMPLE.pdf

3. Cocher le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **intense** que vous avez ressentie la semaine dernière.

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

4. Cocher le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **faible** que vous avez ressentie la semaine dernière.

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

5. Cocher le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**.

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

6. Cocher le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment**.

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

7. Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

8. La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

Aucune amélioration					Amélioration complète					
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

9. Cocher le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Activité générale

Ne gêne pas					Gêne complètement					
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Humeur

Ne gêne pas					Gêne complètement					
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Capacité à marcher

Ne gêne pas					Gêne complètement					
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas

Gêne complètement



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Relations avec les autres

Ne gêne pas

Gêne complètement



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Sommeil

Ne gêne pas

Gêne complètement



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Goût de vivre

Ne gêne pas

Gêne complètement



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10