

NOM :  
DATE :

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire est destiné à mieux apprécier l'importance de vos douleurs. Il n'a pas pour but de se substituer à la relation que vous avez avec votre médecin. Il a pour objectif de la compléter de façon à ce que vous puissiez vous même quantifier le retentissement de la douleur. Ce questionnaire pourra être utilisé pour mieux apprécier les effets des traitements qui vous seront proposés. Les interrogations sont simples et elles concernent vos plaintes mais également leur retentissement sur la qualité de votre vie. Ces données viendront compléter votre propre dossier médical et leur confidentialité sera assurée de la même façon que celles recueillies lors de la consultation. Ce questionnaire peut apparaître assez long et fastidieux à remplir mais il est en rapport avec la complexité de votre problème puisque vous avez été dirigé vers cette clinique spécialisée. Merci du temps que vous saurez consacrer à répondre aux questions posées

**ECHELLE DU RETENTISSEMENT EMOTIONNEL (HAD)**

		<b>Je me sens tendu ou énervé :</b>
	3	la plupart du temps
	2	souvent
	1	de temps en temps
	0	jamais
		<b>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</b>
0		oui, tout autant
1		pas autant
2		un peu seulement
3		presque plus
		<b>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</b>
	3	oui, très nettement
	2	oui, mais ce n'est pas grave
	1	un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	0	pas du tout
		<b>Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</b>
0		autant que par le passé
1		plus autant qu'avant
2		vraiment moins qu'avant
3		plus du tout
		<b>Je me fais du souci :</b>
	3	très souvent
	2	assez souvent
	1	occasionnellement
	0	très occasionnellement.

		<b>Je suis de bonne humeur :</b>
3		jamais
2		rarement
1		assez souvent
0		la plupart du temps
		<b>Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :</b>
	0	oui, quoi qu'il arrive
	1	oui, en général
	2	rarement
	3	jamais
		<b>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</b>
3		presque toujours
2		très souvent
1		parfois
0		jamais
		<b>J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</b>
	0	jamais
	1	parfois
	2	assez souvent
	3	très souvent
		<b>Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</b>
3		plus du tout
2		je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1		il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0		j'y prête autant attention que par le passé
		<b>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</b>
	3	oui, c'est tout à fait le cas
	2	un peu
	1	pas tellement
	0	pas du tout
		<b>Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</b>
0		Autant qu'auparavant
1		Un peu moins qu'avant
2		Bien moins qu'avant
3		Presque jamais
		<b>J'éprouve des sensations soudaines de panique :</b>
	3	Vraiment très souvent
	2	Assez souvent
	1	Pas très souvent
	0	Jamais
		<b>Je ne peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :</b>
0		Souvent
1		Parfois
2		Rarement
3		Très rarement
<b>D</b>	<b>A</b>	