



## **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<sup>r</sup> Éric Paradis  
Novembre 2003**

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

---

*© Octobre 2007, 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](http://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*

Veillez 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 les vêtements     La toux/éternuements     La douleur ne dépend d'aucun facteur  
 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? \_\_\_\_\_

Ressentez-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 tousssez, éternuez ou riez?  Oui  Non

Devez-vous uriner fréquemment?  Oui  Non

Ressentez-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

Ressentez-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

<sup>1</sup> 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.

<b>Type de douleur</b>	<b>Comment avez-vous mal?</b>			
	<b>Aucune (0)</b>	<b>Légère (1)</b>	<b>Moyenne (2)</b>	<b>Intense (3)</b>
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? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Veillez 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)?

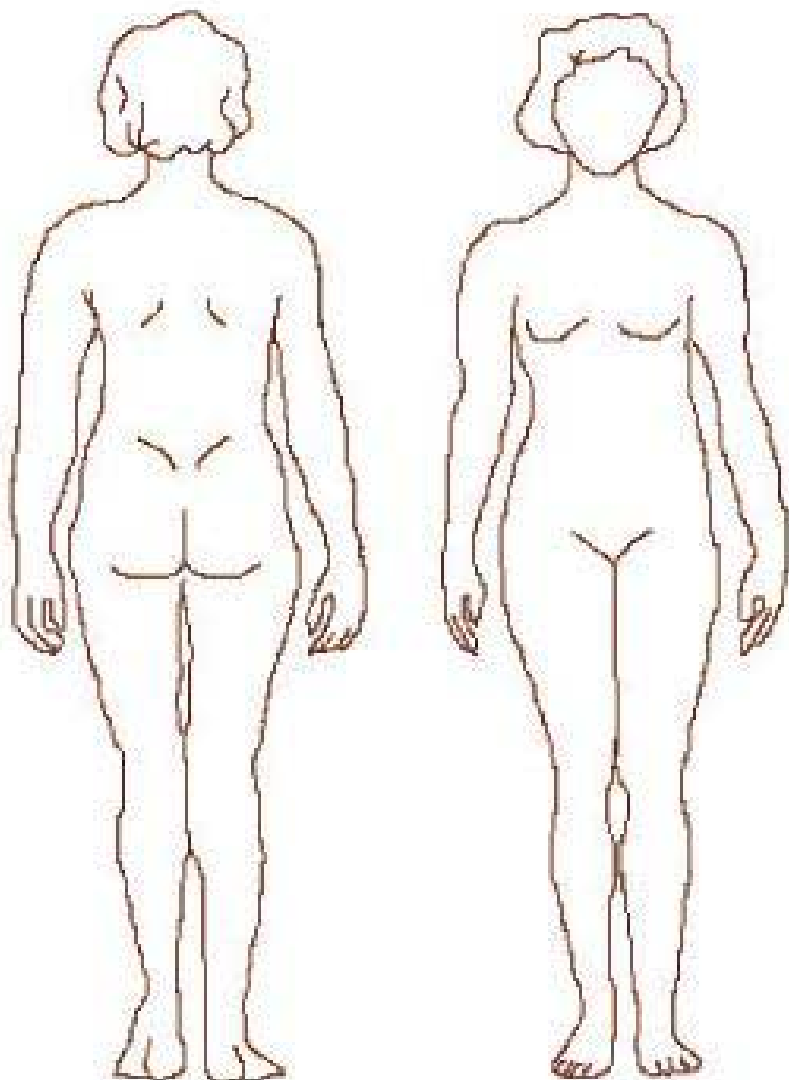
Épisiotomie de 4°  Césarienne  Hémorragie au postpartum  
 Lacération vaginale  Médicaments qui favorisent la coagulation  
 Forceps  
 Autre : \_\_\_\_\_

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**

- Dans les limites de la normale
- Ostium du vagin
- Jonction de l'utérus et du col
- Urètre
- Vessie
- Uretère droit
- Aine droite
- Défense musculaire
- Col de l'utérus
- Mouvement du col de l'utérus
- Paramètre
- Cul-de-sac postérieur
- Cul-de-sac
- Uretère gauche
- Aine gauche
- 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**

- Muscle obturateur droit \_\_\_\_\_
- Muscle obturateur gauche \_\_\_\_\_
- Muscle piriforme droit \_\_\_\_\_
- Muscle piriforme gauche \_\_\_\_\_
- Muscle pubo-coccygien droit \_\_\_\_\_
- Muscle pubo-coccygien gauche \_\_\_\_\_
- Score total du périnée \_\_\_\_\_

**Examen gynécologique à deux mains**

- Utérus :
- |             |  |                                       |                                      |
|-------------|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
|             | <input type="checkbox"/> Absent        |                                       |                                      |
|             | <input type="checkbox"/> Sensible      | <input type="checkbox"/> Non 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

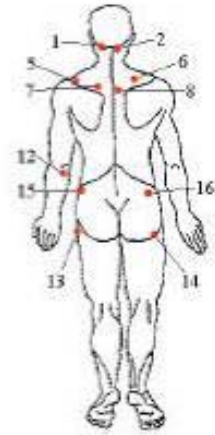
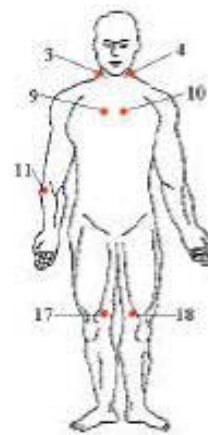
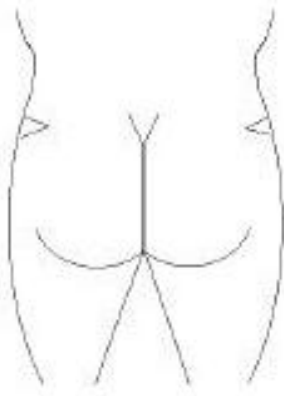
- Absentes
- Dans les limites de la normale
- Sensibles
- Fixes
- Élargies \_\_\_\_\_ cm

**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](http://www.pelvicpain.org)*

*(800) 624-9676 (aux É.-U.)*

Imprimé au Canada

LUG/28F01 – novembre 2003