



**CLINIQUE MUTUALISTE
LA SAGESSE**

Endométriose : Douleur et qualité de vie

Autoquestionnaire

Evaluation initiale avant traitement

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

ETIQUETTE

Madame,

Nous vous remercions d'accepter de répondre à cet auto-questionnaire. Il porte sur la douleur et/ou autres symptômes liés à votre maladie, ainsi que le retentissement sur votre qualité de vie.

Il est très important de remplir le questionnaire même si vous vous sentez gênée ou angoissée par vos symptômes, car c'est justement dans ce cas qu'il nous sera le plus utile.

Lisez attentivement chaque question et choisissez la réponse qui vous semble la plus juste. Il vous sera parfois demandé de ne choisir qu'une seule réponse à certaines questions. Lisez toutes les questions même si vous ne ressentez aucune douleur.

Cette démarche n'est pas obligatoire et repose entièrement sur le volontariat. Les renseignements que vous nous fournissez sont confidentiels et pourront faire l'objet d'un traitement statistique informatisé anonyme.

Avec nos remerciements pour votre collaboration

Les médecins de l'unité de gynécologie

Quel est le principal problème pour lequel vous avez consulté ce jour?

- La douleur
- L'infertilité
- Autre : _____

PARTIE I
Votre douleur principale

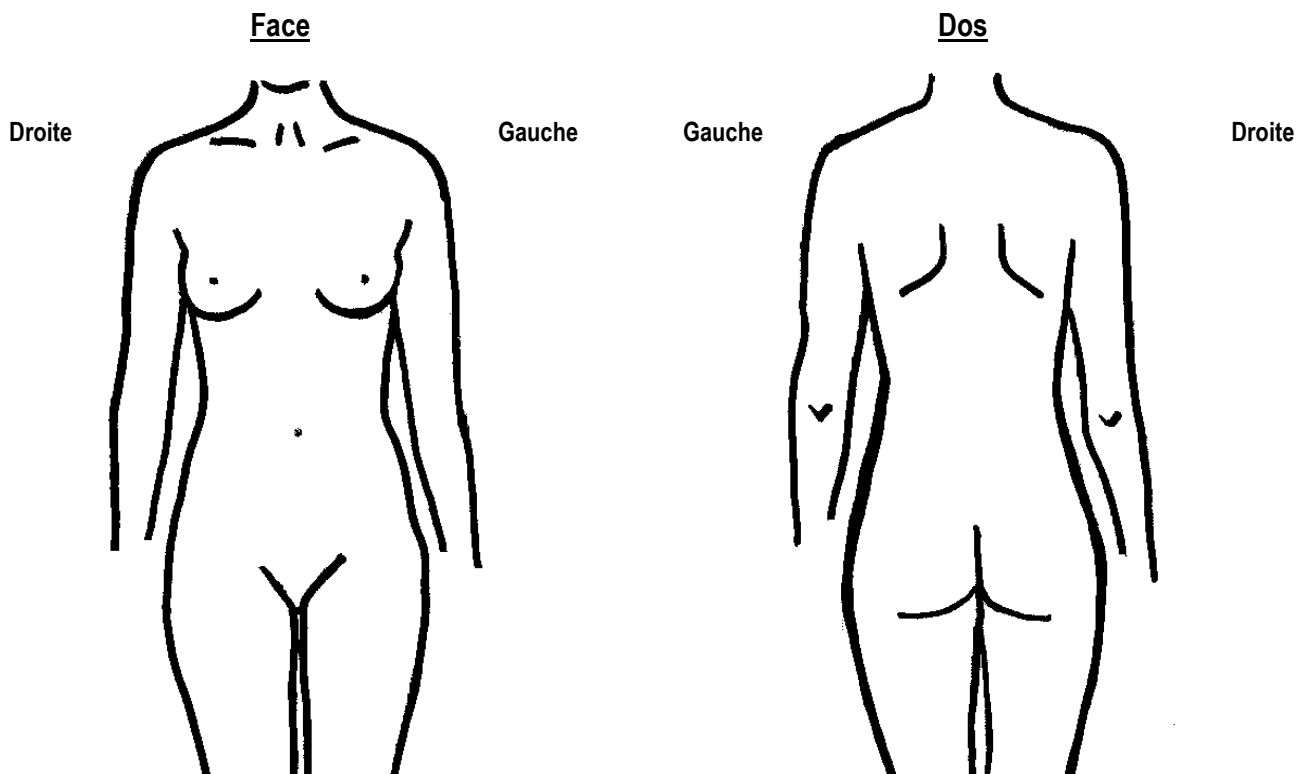
I.1. Décrivez votre douleur principale:

I.2. En vous basant sur les trois derniers mois, reportez par une croix sur l'échelle ci-après l'intensité habituelle de votre douleur ?



I.3. Concernant la douleur dont vous souffrez actuellement, (ou dont vous avez souffert au cours des trois derniers mois) :

Hachurez sur les schémas, la totalité des zones où vous avez ressenti la douleur, Mettez une croix pour désigner l'endroit où la douleur est ressentie avec le maximum d'intensité (si la douleur est ressentie partout avec la même intensité, ne mettez pas de croix)



I.4. Depuis quand souffrez de votre douleur ? __/__/____

I.5. Votre douleur a-t-elle évoluée au cours du temps et comment?

I.6. Vos douleurs sont-elles apparues à la suite d'un ou plusieurs événements particuliers de votre vie ?

I.7. Vos douleurs sont-elles aggravées dans certaines situations et si oui lesquelles ? (Exemple : la marche, le stress ...)

I.8. À quel moment votre cycle menstruel, vos douleurs sont-elles maximales ?

- Les jours précédant immédiatement les règles
- Au moment des règles
- Juste après les règles
- Au milieu du cycle (12^{ème}, 17^{ème} jour)
- Aucun en particulier

I.9. En prenant l'exemple du mois passé, pendant combien de jours avez-vous souffert de votre douleur :

|_ | _ | jours

I.10. Lorsque vous souffrez de vos douleurs, quels médicaments utilisez-vous pour soulager la douleur et pendant combien de temps ? (Citez le nom des médicaments et la quantité maximum utilisée en une journée et la durée du traitement)

Nom du médicament	Quantité par jour	Nombre de jours sur un mois
Exemple : DOLIPRANE	6	4

PARTIE II

Vos douleurs de règles

Veillez répondre aux questions qui suivent même si certaines ont déjà été posées ailleurs

Si vous n'avez pas de règles depuis plus de 3 mois, merci de cocher ici
Et de passer à la partie III du questionnaire.

II.1. Vos règles sont-elles douloureuses?

- Jamais ou exceptionnellement
Parfois
Souvent
Toujours

II.2. En vous basant sur vos trois ou quatre derniers cycles, reportez par une croix sur l'échelle ci-après l'intensité moyenne de vos douleurs de règles

II.3. Si vos règles sont actuellement douloureuses, pouvez-vous préciser si :

- Vos règles ont **toujours été douloureuses de la même façon**
Vos règles ont d'abord été indolores et **le sont devenues secondairement**
Vos règles ont toujours été douloureuses mais se sont **aggravées** depuis un certain temps ?

II.4. Si les douleurs de règles se sont aggravées ou sont apparues secondairement précisez depuis quand ?

|_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|
jour mois année

II.5. Combien de jours durent vos douleurs de règles ?

|_|_| jours

II.6. La douleur débute t-elle :

- 1 ou 2 jours avant les règles
- le 1er jour des règles
- le 2ème ou 3ème jour des règles
- 1 ou 2 jours après les règles

PARTIE III
Vos douleurs PELVIENNES

Douleurs localisées au bas du ventre sous le niveau de la ceinture, autres que celles liées aux règles

III.1. Souffrez-vous régulièrement de douleurs localisées au bas du ventre survenant en dehors ou indépendamment des règles ?

OUI

NON

III.2. Si OUI, reportez par une croix sur l'échelle ci-après l'intensité moyenne de ces douleurs.



III.3. Si OUI, pouvez-vous préciser la date où ces douleurs sont apparues pour la première fois ?

|_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|
jour mois année

III.4. Si OUI, pouvez-vous préciser à quel moment de votre cycle menstruel ces douleurs surviennent-elles ? (Plusieurs réponses sont possibles)

- Les quelques jours précédant les règles
- Les quelques jours suivant les règles
- Au milieu du cycle (12^{ème}, 17^{ème} jour)
- Survenue irrégulière, par crises sans rapport avec le cycle
- Les douleurs sont présentes tout au long du cycle

PARTIE IV **Douleur et sexualité**

Si vous n'avez pas de relations sexuelles actuellement cochez ici et passez à la partie V.

IV.1. Avez-vous actuellement un partenaire sexuel stable ?

OUI
NON

IV.2. Avez-vous des douleurs au cours des rapports sexuels ? (Ou immédiatement après ceux-ci)

Jamais ou exceptionnellement
Parfois
Souvent
Toujours

IV.3. Reportez par une croix sur l'échelle ci-après l'intensité moyenne des douleurs ressenties lors des rapports sexuels

IV.4. Si vous avez des douleurs lors des rapports sexuels, à quelle DATE ces douleurs sont-elles apparues ?

|_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_|
jour mois année

IV.5. Si vous avez des douleurs lors des rapports sexuels, s'agit-il de douleurs ressenties :

Seulement au début
Pendant tous le rapport
Après le rapport seulement
Pendant et après le rapport

IV.6. Si vous avez des douleurs lors des rapports sexuels, s'agit-il de douleurs :

- Lors de l'intromission seulement
- De douleurs ressenties lors de la pénétration, profonde seulement
- Les deux
- De douleurs mal précisées

IV.7. Si vous avez des douleurs lors des rapports sexuels, les ressentez-vous ?

- Dans certaines positions seulement
- Dans toutes les positions
- C'est variable d'une fois à l'autre

IV.8. Si vous avez des douleurs lors des rapports sexuels, de quelle manière ces douleurs retentissent-elles sur les rapports ?

- Les douleurs ne gênent pas les rapports
- Les douleurs gênent les rapports mais n'obligent pas à les interrompre
- Les douleurs obligent parfois à interrompre le rapport
- Les rapports sont impossibles à cause de la douleur

IV.9. À quel moment votre cycle menstruel, vos douleurs de rapport sexuel sont-elles maximales ?

- Les jours précédant immédiatement les règles
- Au moment des règles
- Juste après les règles
- Au milieu du cycle (12^{ème}, 17^{ème} jour)
- Aucun en particulier

PARTIE V
Vos troubles urinaires et digestifs et autres douleurs

Au cours des derniers mois avez-vous eu des :

Douleurs à la défécation	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>	<u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Diarrhées	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>	<u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Constipations	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>	<u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Alternances Diarrhée/Constipation	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>	<u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Vomissements	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>	<u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Gonflements du ventre	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>	<u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Douleurs intestinales (crampes, coliques)	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>	<u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Douleurs à l'anus	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>	<u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Douleurs au coccyx ou vers l'arrière	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>	<u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Impressions d'avoir quelque chose dans l'anus ou dans le rectum	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>			

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Envies douloureuses d'aller à la selle Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Envies urgentes d'aller à la selle Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Envies fréquentes d'aller à la selle Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Pertes de sang par l'anus Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Envies douloureuses d'aller uriner Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Douleurs lors des mictions Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Envies très pressantes d'aller uriner Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Nécessités d'uriner de très nombreuses fois par jour Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Cystites Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Présences de sang dans les urines Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Douleurs du flan ou partie moyenne du dos (douleur lombaire) Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Douleurs du bas du dos Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Douleurs sciatiques Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Douleurs dans la fesse Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Douleurs dans la cuisse Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

Douleurs dans les jambes Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

SI OUI est-ce plus important pendant vos règles OUI NON

PARTIE VI **Qualité de vie sexuelle**

Bien qu'elles soient délicates et personnelles, les questions suivantes sont importantes pour déterminer l'impact de vos symptômes sur votre activité sexuelle. Soyez assurée que vos réponses à ces questions demeureront confidentielles.

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Êtes-vous mariée ou avez-vous actuellement une relation stable avec quelqu'un ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous changé de partenaire sexuel au cours des six derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Êtes-vous actuellement active sur le plan sexuel ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si votre réponse est "Oui", passez à la page suivante

Si votre réponse est "Non", répondez aux autres questions de cette page

J'ai répondu "Non" à la question numéro 3. Je ne suis pas active sur le plan sexuel en ce moment parce que:

(Veuillez cocher toutes les cases correspondent à votre situation.)

- a) Je n'ai pas de partenaire en ce moment
- b) Je suis trop fatiguée
- c) Mon partenaire est trop fatigué
- d) Le sexe ne m'intéresse pas
- e) Le sexe n'intéresse pas mon partenaire
- f) J'ai un problème physique qui rend les relations sexuelles difficiles ou inconfortables
- g) Mon partenaire a un problème physique qui rend les relations sexuelles difficiles ou inconfortables
- h) Autres raisons (veuillez préciser)

Veillez remplir cette section si vous êtes active sur le plan sexuel (c'est-à-dire si vous avez répondu "Oui" à la question numéro 3).

Veillez lire attentivement chacune des questions ci-dessous et cocher la case qui correspond le mieux à vos expériences et à vos sentiments relativement au sexe au cours des 4 dernières semaines.

Au cours des 4 dernières semaines:

	Beaucoup	Modérément	Un peu	Pas du tout
1. Les relations sexuelles ont-elles occupé une place importante dans votre vie au cours des 4 dernières semaines ?	3	2	1	0
2. Avez-vous éprouvé du plaisir lors de vos relations sexuelles au cours des 4 dernières semaines ?	3	2	1	0
3. En général, étiez-vous trop fatiguée pour avoir des relations sexuelles au cours des 4 dernières semaines ?	0	1	2	3
4. Avez-vous éprouvé le désir d'avoir des relations sexuelles avec votre (vos) partenaire(s) au cours des 4 dernières semaines ?	3	2	1	0
5. Avez-vous constaté une sécheresse vaginale lors de vos relations sexuelles au cours des 4 dernières semaines ?	0	1	2	3
6. Avez-vous ressenti de la douleur ou de l'inconfort durant la pénétration au cours des 4 dernières semaines ?	0	1	2	3
7. En général, avez-vous éprouvé un sentiment de satisfaction après vos relations sexuelles au cours des 4 dernières semaines ?	3	2	1	0
	5 fois ou +	3-4 fois	1-2 fois	jamais
8. Combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 4 dernières semaines ?	3	2	1	0

Bien plus élevée que d'habitude **Un peu plus élevée que d'habitude** **A peu près la même que d'habitude** **Moins élevée que d'habitude**

9. Quelle a été la fréquence de vos relations sexuelles au cours des 4 dernières semaines par rapport à ce qui est habituel pour vous ?

3 2 1 0

Très satisfaite **Modérément satisfaite** **Un peu satisfaite** **Pas du tout satisfaite**

10. Avez-vous été satisfaite de la fréquence de vos relations sexuelles au cours des 4 dernières semaines ?

3 2 1 0

Avez-vous d'autres commentaires ?

PARTIE VII
QUALITE DE VIE-EHP5

Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois, du fait de votre endométriose...

PARTIE 1

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous éprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez vous eu des changements d'humeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu l'impression que votre apparence avait changée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 2

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de votre (vos) enfant(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes vous sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes vous sentie déprimée face à l'éventualité de ne pas avoir d'enfants ou d'autres enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE VIII

QUALITE DE VIE-EQ5D

Veillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en cochant la case appropriée.

Mobilité

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes pour me déplacer à pied
- Je suis obligé(e) de rester alité(e)

Autonomie de la personne

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi
- J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

Activités courantes (*exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs*)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

Douleurs/gêne

- Je n'ai ni douleurs ni gêne
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

Anxiété/Dépression

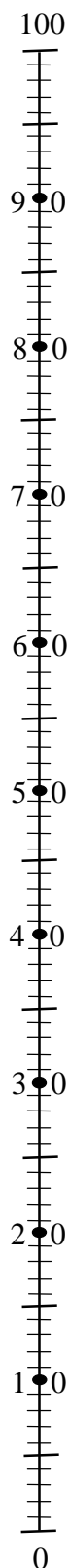
- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle où vous situez votre état de santé aujourd'hui. Pour cela, veuillez tracer une ligne allant de l'encadré ci-dessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé aujourd'hui.

**Votre état de
santé
aujourd'hui**

Meilleur état de
santé imaginable



Pire état de
santé imaginable

Questionnaire réalisé par :



- **L'hôpital de Poissy**

CENTRE HOSPITALIER
DE VERSAILLES



Le CH de Versailles

