

# CENTRE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMETRIOSE

Secrétariat : 05 81 14 03 68 - xds-endometriose@ramsaysante.fr

« J'ai des douleurs inexplorées me faisant penser à l'endométriose »

Date : ...../...../.....

## VOTRE IDENTITÉ :

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

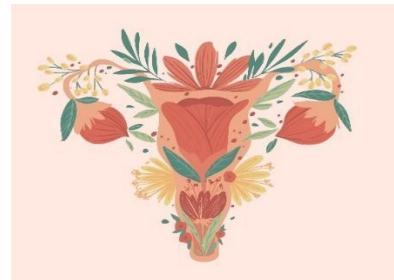
Tel : .....

Mail : .....

Situation professionnelle : .....

Situation familiale : .....

Médecin traitant / Gynécologue / Sage-femme et leurs coordonnées :



Si vous avez déjà réalisé des bilans et/ou des examens complémentaires :

**Merci de joindre impérativement, à votre demande de prise en charge, vos comptes-rendus d'échos/IRM ou autres examens, avec les clichés, vos résultats de bilans sanguins et vos comptes-rendus opératoires.**

## I. VOS ANTÉCÉDENTS :

Médicaux : (ex : hypothyroïdie/diabète/asthme...) prenez-vous des traitements. Si oui, lesquels ? :

.....  
.....  
.....  
.....

Familiaux : (cancer, maladie génétique...)

.....  
.....  
.....

Chirurgicaux : avez-vous déjà été opérée ? : (hors endométriose et liés à l'endométriose date/lieu) :

.....  
.....  
.....  
.....

Gynécologiques : avez-vous des pathologies identifiées (SOPK, fibromes etc...) Prenez-vous un traitement ?

.....  
.....  
.....

# CENTRE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMETRIOSE

Secrétariat : 05 81 14 03 68 - xds-endometriose@ramsaysante.fr

## « J'ai des douleurs inexplorées me faisant penser à l'endométriose »

Obstétricaux : avez-vous déjà été enceinte ? Quelle a été l'issue de la grossesse (grossesse arrêtée / grossesse extra utérine /césarienne /accouchement par les voies naturelles)

.....  
.....  
.....

Avez-vous une méthode de contraception ? Si oui, laquelle ? Depuis quand ?

.....

## II. VOS SYMPTOMES ET VOS DOULEURS :

### Les troubles associés

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Présentez-vous des troubles digestifs :                | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Ballonnements :  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Alternance de diarrhées/constipation ?                 | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous du sang dans vos selles ?                    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des douleurs lors de l'émission des selles ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà consulté un gastro-entérologue ?        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Si oui, lequel ? .....

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Présentez-vous des troubles urinaires : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Mictions fréquentes :                   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Urgenturie :                            | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Douleur lors de la miction :            | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

### Vos douleurs :

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Ressentez-vous des douleurs au moment des règles ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Et en dehors des règles ?                          | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Comment évoluent ces douleurs dans le temps ?

.....  
.....  
.....

Quand ont-elles commencé ?

.....  
.....

Pouvez-vous préciser ? (Moment, durée, intensité, type (crampe/irradiation)

.....  
.....  
.....  
.....

Localisation : (abdominale, pelvienne, périnéale, lombaire, membres inférieurs etc....)

.....  
.....

# CENTRE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMETRIOSE

Secrétariat : 05 81 14 03 68 - xds-endometriose@ramsaysante.fr

## « J'ai des douleurs inexplorées me faisant penser à l'endométriose »

Ces douleurs ont-elles un impact sur votre qualité de vie ? (Fatigue chronique, absentéisme, trouble de l'humeur, vie quotidienne, sexualité ?)

.....

.....

.....

Avez-vous des douleurs lors des rapports sexuels ?    Oui                   Non

Etes-vous suivie par un centre de la douleur ?            Oui                   Non

Avez-vous déjà réalisé un ou plusieurs soins de support suivant (**ENTOUREZ**) :

Phytothérapie/ électrostimulation/ acupuncture/ méditation/ sophrologie/ hypnose/ kiné/ostéo /psy/cohérence cardiaque.

Quelles sont vos méthodes naturelles pour soulager la douleur ?

.....

.....

Prenez-vous des médicaments contre la douleur ? si oui, lesquels (nom/dosage)

.....

.....

.....

|   |   |
|---|---|
| Indiquez par une croix, un trait ou un cercle le niveau qui décrit le mieux la douleur digestive                    | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br>Pas de douleur <span style="float: right;">Douleur la plus intense que vous puissiez imaginer</span><br>_____ |
| Indiquez par une croix, un trait ou un cercle le niveau qui décrit le mieux la douleur urinaire                     | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br>Pas de douleur <span style="float: right;">Douleur la plus intense que vous puissiez imaginer</span><br>_____ |
| Indiquez par une croix, un trait ou un cercle le niveau qui décrit le mieux la douleur pendant les règles           | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br>Pas de douleur <span style="float: right;">Douleur la plus intense que vous puissiez imaginer</span><br>_____ |
| Indiquez par une croix, un trait ou un cercle le niveau qui décrit le mieux la douleur en dehors des règles         | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br>Pas de douleur <span style="float: right;">Douleur la plus intense que vous puissiez imaginer</span><br>_____ |
| Indiquez par une croix, un trait ou un cercle le niveau qui décrit le mieux la douleur pendant les rapports sexuels | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br>Pas de douleur <span style="float: right;">Douleur la plus intense que vous puissiez imaginer</span><br>_____ |

# CENTRE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMETRIOSE

Secrétariat : 05 81 14 03 68 - xds-endometriose@ramsaysante.fr

« J'ai des douleurs inexplorées me faisant penser à l'endométriose »

## Score de Convergences PP

Ce questionnaire de sensibilisation pelvienne à la douleur est un guide diagnostique. Il est utilisable chez les patients présentant des douleurs pelvi-périnéales évoluant depuis plus de trois mois dont les symptômes apparaissent disproportionnés eu égard aux éléments lésionnels constatés par les examens cliniques et les examens complémentaires (bilan infectieux, imageries, endoscopies)

|   | Sphère urinaire basse   | Sphère digestive basse   | Sphère génito-sexuelle  | Sphère cutanéomuqueuse  | Sphère musculaire  | scores     |
|---|---|--|---|---|--|------------|
| <b>Abaissement de seuils</b>                    | <input type="checkbox"/> Douleurs influencées lors du remplissage vésical et/ou la miction  | <input type="checkbox"/> Douleurs influencées lors de la distension et/ou la vidange rectale (matières, gaz) | <input type="checkbox"/> Douleurs influencées lors de l'activité sexuelle | <input type="checkbox"/> Allodynie pelvi-périnéale (impossibilité d'utiliser des tampons, intolérance au ports des sous-vêtements serrés) | <input type="checkbox"/> Présences de points gâchette pelviens (piriforme, obturateurs internes, élévateurs de l'anus) | /5         |
| <b>Diffusion temporelle</b>                     | <input type="checkbox"/> Douleurs post-mictionnelles  | <input type="checkbox"/> Douleurs post-défécatoires  | <input type="checkbox"/> Douleurs persistantes après l'activité sexuelle  |   |  | /3         |
| <b>Variabilité des symptômes</b>                | <input type="checkbox"/> Variabilité de l'intensité douloureuse (évolution par périodes, évolution en dents de scie) et/ou de la topographie douloureuse  |  |   |   |  | /1         |
| <b>syndromes associés</b>                       | <input type="checkbox"/> Migraine et/ou céphalées de tension et/ou fibromyalgie et/ou syndrome de fatigue chronique et/ou syndrome de stress post-traumatique et/ou syndrome des jambes sans repos et/ou SADAM et/ ou intolérances multiples aux produits chimiques |  |   |   |  | /1         |
| <b>Score total de sensibilisation pelvienne</b> |   |  |   |   |  | <b>/10</b> |

un score  $\geq 5$  permet d'identifier un état d'hypersensibilité pelvienne (se=95%, sp=87%)

# CENTRE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMETRIOSE

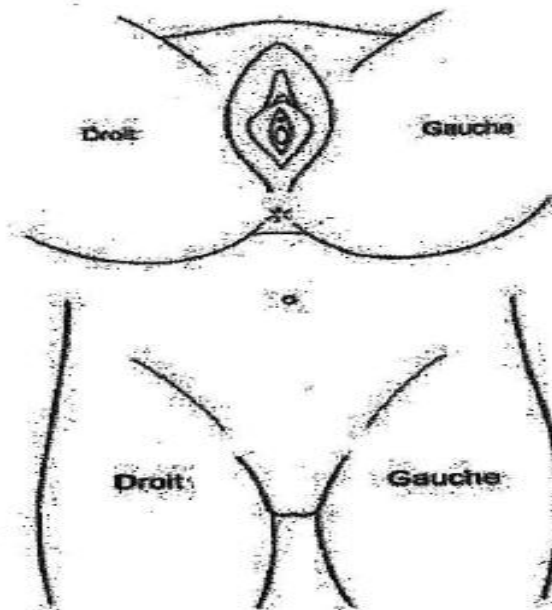
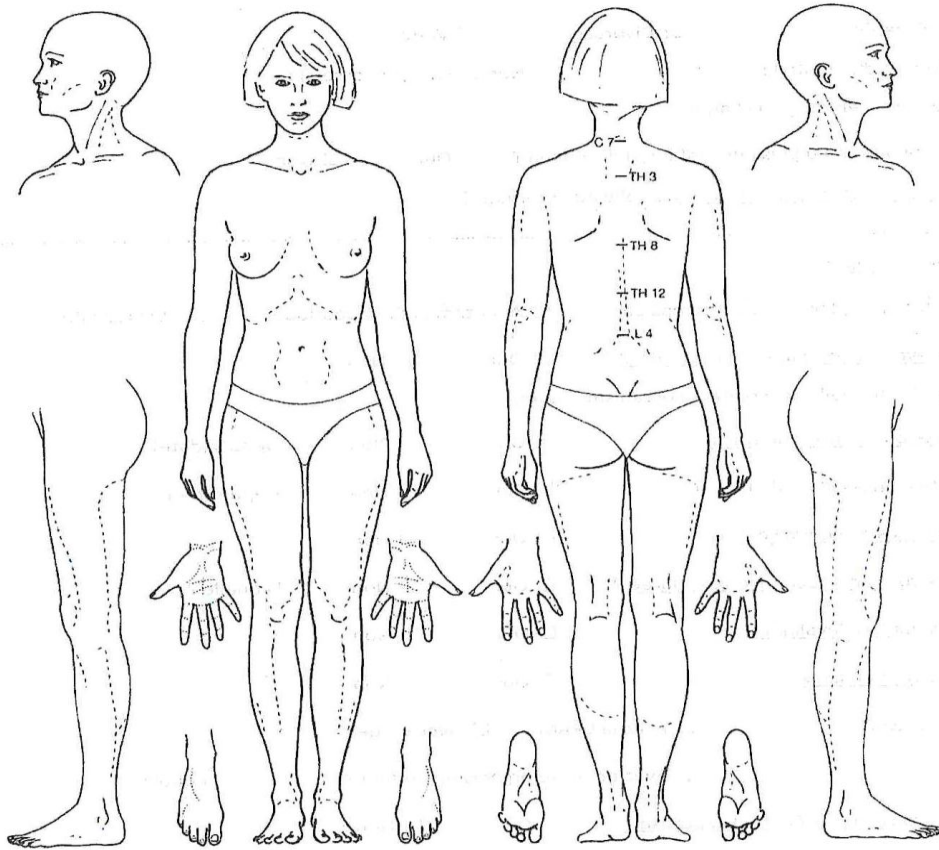
Secrétariat : 05 81 14 03 68 - xds-endometriose@ramsaysante.fr

« J'ai des douleurs inexplorées me faisant penser à l'endométriose »

**Localisations de toutes vos douleurs, pelviennes ou non.  
Afin de distinguer d'emblée les syndromes de sensibilisation centrale.**

## DÉCRIVEZ VOTRE DOULEUR, LOCALISEZ VOTRE DOULEUR

À l'aide de crayons de couleur merci d'indiquer sur le schéma où se trouve votre douleur. Plusieurs localisations possibles !



# CENTRE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMETRIOSE

Secrétariat : 05 81 14 03 68 - xds-endometriose@ramsaysante.fr

« J'ai des douleurs inexplorées me faisant penser à l'endométriose »

## VOTRE HUMEUR

Questionnaire HAD ANAES, février 1999

### Merci d'entourer la réponse qui convient le mieux pour chaque question

Les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies, les connaître permettra aux médecins de mieux vous aider. Lisez chaque série de questions sans prêter attention aux chiffres entourez les termes qui expriment le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Votre réaction immédiate fournira probablement la meilleure indication de ce que vous éprouvez.

| A   | D  |
|---|--|
| <b>Je me sens tendue ou énervée</b><br>3 La plupart du temps<br>2 Souvent<br>1 De temps en temps<br>0 Jamais  | <b>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</b><br>3 Presque toujours<br>2 Très souvent<br>1 Parfois<br>0 Jamais  |
| <b>J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</b><br>0 Jamais<br>1 Parfois<br>2 Assez souvent<br>3 Très souvent  | <b>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</b><br>0 Oui, tout autant qu'avant<br>1 Pas autant<br>2 Un peu seulement<br>3 Presque plus  |
| <b>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</b><br>3 Oui très nettement<br>2 Oui, mais ce n'est pas trop grave<br>1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas<br>0 Pas du tout | <b>Je ne m'intéresse plus à mon apparence</b><br>3 Plus du tout<br>2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais<br>1 Il se peut que j'y fasse plus attention<br>0 J'y prête plus attention que par le passé |
| <b>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</b><br>3 Oui, c'est tout à fait le cas<br>2 Un peu<br>1 Pas tellement<br>0 Pas du tout  | <b>Je ris et vois le bon côté des choses</b><br>0 Autant que par le passé<br>1 Plus autant qu'avant<br>2 Vraiment moins qu'avant<br>3 Plus du tout   |
| <b>Je me fais du souci</b><br>3 Très souvent<br>2 Assez souvent<br>1 Occasionnellement<br>0 Très occasionnellement  | <b>Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</b><br>0 Autant qu'avant<br>1 Un peu moins qu'avant<br>2 Bien moins qu'avant<br>3 Presque jamais  |
| <b>J'éprouve des sensations soudaines de panique</b><br>3 Vraiment très souvent<br>2 Assez souvent<br>1 Pas très souvent<br>0 Jamais  | <b>Je suis de bonne humeur</b><br>3 Jamais<br>2 Rarement<br>1 Assez souvent<br>0 La plupart du temps   |
| <b>Je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée</b><br>0 Oui, quoi qu'il arrive<br>1 Oui, en général<br>2 Rarement<br>3 Jamais  | <b>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou une bonne émission de télévision</b><br>0 Souvent<br>1 Parfois<br>2 Rarement<br>3 Très rarement   |

# CENTRE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMETRIOSE

Secrétariat : 05 81 14 03 68 - xds-endometriose@ramsaysante.fr

« J'ai des douleurs inexplorées me faisant penser à l'endométriose »

## III. VOTRE ÉTAT PSYCHIQUE :

Avez-vous déjà été victime de violences (physiques/psychologiques) : Oui  Non

Souhaitez-vous en parler : Oui  Non

Actuellement, ressentez-vous le besoin de parler à quelqu'un de votre santé mentale ?  
Oui  Non

Etes-vous suivie par un psychologue/psychiatre : Oui  Non

Avez-vous des antécédents de dépression : Oui  Non

Ressentez-vous fréquemment des troubles de l'humeur ? Oui  Non

Sondage :

Seriez-vous intéressée de rencontrer d'autres femmes atteintes d'endométriose ? (Groupe de parole)  
Oui  Non

Seriez-vous intéressée de rencontrer un sexologue ? Oui  Non

## IV. VOTRE ALIMENTATION :

Poids : ..... Taille : .....

Suivez-vous un régime alimentaire spécifique (régime restrictif, régime d'éviction)  
Oui  Non

Lequel : .....  
Troubles du comportement alimentaire ? Oui  Non

Avez-vous déjà consulté une diététicienne ? Oui  Non

## IV. VOTRE ACTIVITÉ PHYSIQUE :

Pratiquez-vous une activité physique ? Oui  Non

Si oui, laquelle ? A quelle fréquence ?.....  
.....

## VI. VOTRE PROJET DE GROSSESSE :

Avez-vous un projet de grossesse immédiat : Oui  Non

Si oui, avez-vous déjà réalisé :

Un bilan hormonal ? Oui  Non  date : .....

Une échographie pelvienne ? Oui  Non  date : .....

Questions libres /Remarques/Attentes :

.....  
.....  
.....  
.....