

# 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

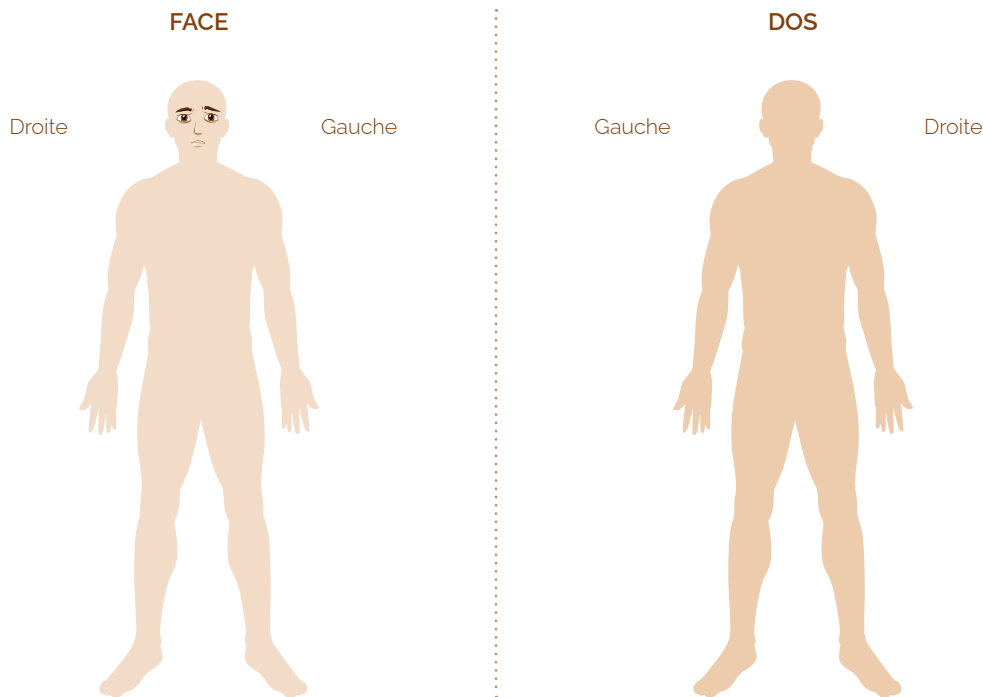
**1.** Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents). Au cours des huit derniers jours avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

**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.



\* 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](http://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