

# Questionnaire

## ● Diagnostic de la douleur neuropathique

Veillez répondre à ces 4 questions par "oui" ou par "non".

Si vous obtenez un score  $\geq 4/10$ , le diagnostic de douleur neuropathique est réel.

### > Interrogatoire du patient

#### 1 La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

- |                                 | Oui                      | Non                      |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| > Sensation de brûlure          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Sensation de froid douloureux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Décharges électriques         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 2 La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

- |                   | Oui                      | Non                      |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| > Fourmillements  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Picotements     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Engourdissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Démangeaisons   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### > Examen du patient

#### 3 La douleur est-elle localisée dans une région où l'examen met en évidence :

- |                                  | Oui                      | Non                      |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| > Une hypoesthésie au toucher ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Une hypoesthésie à la piqûre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 4 La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

- |                   | Oui                      | Non                      |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| > Le frottement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Oui = 1 point Non = 0 point

Score du patient : /10