



PATIENT INTAKE QUESTIONNAIRE Pain Clinic

To help us better understand your current situation, please fully complete the following questions.

GENERAL PATIENT INFORMATION

Last name (print)	First name (print)
Address:	
Home phone:	Cell/Work phone:
Family Doctor:	

What is your current employment status?

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Working full-time | <input type="checkbox"/> Disability leave - temporary | <input type="checkbox"/> Student/retraining – full-time | <input type="checkbox"/> Homemaking/parenting |
| <input type="checkbox"/> Working part-time | <input type="checkbox"/> Disability leave - permanent | <input type="checkbox"/> Student/retraining – part-time | <input type="checkbox"/> Unemployed |
| <input type="checkbox"/> Retired | <input type="checkbox"/> Sick leave | <input type="checkbox"/> Other: | |

MEDICAL HISTORY

Please list allergies:

Allergy	Reaction

Please list current or past medical problems:

Current	Past

Please list previous or upcoming surgeries:

Surgery	Date (yyyy/mm/dd)

Have you ever been diagnosed with a mental health disorder? (depression, anxiety, bipolar disorder, obsessive-compulsive disorder, post traumatic stress disorder, schizophrenia, attention deficit disorder/attention deficit hyperactivity disorder, personality disorder, other) If yes, please specify:

Do you use nicotine-continuing products such as cigarettes, e-cigarettes, vaporizer, nicotine patch, nicotine gum, etc? Yes No **If yes, please specify?** _____ **How long?** _____ years

Have you used nicotine-continuing products in the past? Yes No **When did you quit?** _____

Do you drink alcohol? Yes No **If so, how many drinks per week do you consume, on average?** _____

PAIN HISTORY

Please describe the pain problem that brings you to The Ottawa Hospital Pain Clinic:

When did your pain problem start (month/year)?

How did your pain problem begin?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pain just began | <input type="checkbox"/> After an accident | <input type="checkbox"/> After surgery |
| <input type="checkbox"/> After cancer treatment | <input type="checkbox"/> After a motor vehicle accident | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> After an illness | <input type="checkbox"/> After an accident at work | |

What kinds of treatments/providers have you tried in past?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatories | <input type="checkbox"/> Intravenous Lidocaine | <input type="checkbox"/> Psychologist/Counsellor |
| <input type="checkbox"/> Antidepressants | <input type="checkbox"/> Marijuana | <input type="checkbox"/> Rheumatologist |
| <input type="checkbox"/> Acupuncture | <input type="checkbox"/> Massage therapy | <input type="checkbox"/> Neurostimulator/TENS unit |
| <input type="checkbox"/> Biofeedback | <input type="checkbox"/> Mindfulness/Meditation | <input type="checkbox"/> Trigger point injection |
| <input type="checkbox"/> Botox injection | <input type="checkbox"/> Nerve blocks | <input type="checkbox"/> Tylenol |
| <input type="checkbox"/> Chiropractor | <input type="checkbox"/> Nutritionist/dietitian | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Epidural/Spine injections | <input type="checkbox"/> Neurosurgeon | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Family doctor | <input type="checkbox"/> Orthopedic surgeon | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Gabapentin/Lyrica | <input type="checkbox"/> Opioids | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologist | <input type="checkbox"/> Physiotherapist | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Gynecologist | <input type="checkbox"/> Psychiatrist | <input type="checkbox"/> _____ |

How many times have you visited your family doctor because of your pain in the past 3 months?

How many times have you visited an Emergency Room because of your pain in the past 3 months?

Name (print)

Signature

Date (yyyy/mm/dd)



QUESTIONNAIRE D'ADMISSION DES PATIENTS Clinique de la douleur

Veillez répondre aux questions ci-dessous pour nous aider à mieux comprendre votre situation.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE PATIENT

Nom de famille (en lettres moulées)

Nom (en lettres moulées)

Adresse :

Téléphone (maison) :

Téléphone (cell./travail) :

Médecin de famille :

Quelle est votre situation d'emploi actuelle?

Travail à temps plein

Congé d'invalidité de courte durée

Études/formation à temps plein

À la maison à temps plein

Travail à temps partiel

Congé d'invalidité de longue durée

Études/formation à temps partiel

Autre : _____

À la retraite

Congé de maladie

Sans emploi

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Veillez énumérer vos allergies :

Allergie	Réaction

Veillez énumérer vos problèmes médicaux actuels ou passés :

Actuels	Passés

Veillez énumérer chirurgie passée ou prévue :

Chirurgie	Date (aaaa/mm/jj)

Avez-vous déjà reçu un diagnostic de trouble de santé mentale? (p. ex. dépression, anxiété, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique, schizophrénie, trouble déficitaire de l'attention/trouble déficitaire de l'attention et d'hyperactivité, trouble de la personnalité). Si oui, veuillez indiquer lesquels?

Utilisez-vous des produits à base de nicotine tels que cigarettes, cigarette électronique, vaporisateur, timbre de nicotine, gomme de nicotine, etc.? Oui Non **Si oui, spécifiez :** _____

Depuis combien de temps? _____ ans **Avez-vous déjà utilisé des produits à base de nicotine?** Oui Non

Quand avez-vous arrêté? _____ **Buvez-vous de l'alcool?** Oui Non

Si oui, combien de consommations prenez-vous par semaine, en moyenne? _____

ANTÉCÉDENTS DE DOULEUR

Veuillez décrire la douleur qui vous amène à Clinique de la douleur de L'Hôpital d'Ottawa :

Quand votre douleur a-t-elle commencé (mois/année)?

Comment votre douleur a-t-elle commencé?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sans raison apparente | <input type="checkbox"/> Après un accident | <input type="checkbox"/> Après une chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Après un traitement contre le cancer | <input type="checkbox"/> Après un accident de la route | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Après une maladie | <input type="checkbox"/> Après un accident de travail | |

Quels types de traitements avez-vous essayés et quels professionnels avez-vous consultés?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoires | <input type="checkbox"/> Lidocaïne par intraveineuse | <input type="checkbox"/> Psychologue/Conseiller |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Marijuana | <input type="checkbox"/> Rhumatologue |
| <input type="checkbox"/> Acupuncture | <input type="checkbox"/> Massothérapie | <input type="checkbox"/> Neurostimulateur (appareil TENS) |
| <input type="checkbox"/> Rétroaction biologique | <input type="checkbox"/> Méditation de pleine conscience | <input type="checkbox"/> Injection au point gâchette |
| <input type="checkbox"/> Injection de Botox | <input type="checkbox"/> Blocs nerveux | <input type="checkbox"/> Tylenol |
| <input type="checkbox"/> Chiropraticien | <input type="checkbox"/> Nutritionniste/Diététiste | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Épidurale/Injection dans la colonne | <input type="checkbox"/> Neurochirurgien | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Médecin de famille | <input type="checkbox"/> Chirurgien orthopédiste | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Gabapentine/Lyrica | <input type="checkbox"/> Opioïdes | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Gastroentérologue | <input type="checkbox"/> Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue | <input type="checkbox"/> Psychiatre | <input type="checkbox"/> _____ |

Combien de fois avez-vous consulté votre médecin de famille à cause de votre douleur au cours des 3 derniers mois?

Combien de fois êtes-vous allé à l'Urgence à cause de votre douleur au cours des 3 derniers mois?

Nom (en lettres moulées)

Signature

Date (aaaa/mm/jj)