

**Gynécologues chirurgiens :**  
**Dr. Medhi JEAN-LAURENT**  
(RPPS 10100029072)  
**Dr Sarah LISE BURNET**  
(RPPS 10100189157)  
**Dr Ludivine CHEVALLIER**  
(RPPS 10101713633)

**Gynécologie Médicale :**  
**Dr Alice MONTHIEUX**  
(RPPS 10100878957)

**Centre de la douleur pour Endométriose :**  
Dr Brigitte TYBURN  
☎ : 0596.55.24.39  
Fax : 0596.75.88.82  
Mail : [secretariat.douleur-soins-palliatifs@chu-martinique.fr](mailto:secretariat.douleur-soins-palliatifs@chu-martinique.fr)

**Centre d'échographie:**  
Dr Michèle GUENERET  
☎ : 0596.55.69.93  
Dr ZOUTEN Khalil :  
☎ : 0596.678414

**Centre de Radiologie : (IRM)**  
**Agnès PRIMETENS**  
☎ : 0596.58.68.92

**Secrétariat de radiologie MFME :**  
☎ : 0596.70.93.26 ou 0596.70.93.53

**Secrétariat de radiologie Clinique St Paul :**  
Dr Aurélie MERLIN  
☎ : 0596.70.19.19  
Mail : [contact@radiosaintpaul.fr](mailto:contact@radiosaintpaul.fr)

**Sage-femme Cadre**  
Mme Gaëlle BERHAULT - DELINDE  
(RPPS 10000133123)

**Secrétariat de chirurgie gynécologie et mammaire**  
Mme BAZABAS / Mme BIVARD  
☎ : 0596 55 69 65  
Fax : 0596 75.84.67 ou 0596.55 35 09  
SMS: 0696.61.96.96  
Mail: [Secconsult.gynecochir@chu-martinique.fr](mailto:Secconsult.gynecochir@chu-martinique.fr)  
**Whatsapp: +596 696 61 96 96**

**Programmatrice :**  
Mme Mirella NAPOL  
☎ : 0596.70.9339 / Poste 2837

**Secrétariat hospitalisation**  
Gynécologie : MANSFIELD / TIMON  
☎ : 0596 70 93 33

**Pour les prise de RDV, échanges et demande de renseignements :**  
**Privilégier les messages par SMS ou Whatsapp**



**MAISON DE LA FEMME, DE LA MERE ET DE L'ENFANT**

**Centre d'expertise en endométriose Caraïbes (C3E Caraïbes)**

## **CONSULTATION POUR ENDOMETRIOSE**

Madame,

Vous avez sollicité le **centre d'expertise en endométriose Caraïbes (C3E Caraïbes)** du CHU de Martinique pour une consultation spécialisée.

Afin de traiter votre demande dans les meilleures conditions, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir :

- Faire remplir le questionnaire médical par votre médecin, gynécologue ou sage-femme.

- Renseigner l'auto-questionnaire

- Réaliser au préalable de la consultation le bilan suivant :

- o Echographie pelvienne par un échographiste référent : Dr Michèle GUENERET ou Dr Khalil ZOUTEN

- o IRM pelvienne (avec balisage vaginal et/ou rectal). Cet examen doit être réalisé par l'un des radiologues référents, formé spécifiquement à la pathologie de l'endométriose.

- o
    - Service de radiologie de la MFME
    - Dr Aurélie Merlin ou Dr Agnès PRIMETENS
  - o Bilan d'infertilité du couple (en cas de désir de grossesse seulement)

Vous trouverez les ordonnances en annexe, merci de les faire signer par votre gynécologue, médecin traitant ou sage-Femme.

**Aucun rendez-vous ne vous sera donné en l'absence d'un de ces éléments, qui sont un préalable indispensable à votre prise en charge.**

## AUTO-QUESTIONNAIRE

Madame,

Nous vous remercions d'accepter de répondre à notre auto-questionnaire.

Ce questionnaire 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 très gênée ou très 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 anonyme.

Avec nos remerciements pour votre collaboration

## **Endométriose : Douleur et qualité de vie** **Autoquestionnaire**

Quel est le principal problème pour lequel vous avez consulté ?

- La douleur  1  
L'infertilité  2  
Les saignements  3  
Autre  4

### **PARTIE I** **Votre douleur principale**

**I.1. Décrivez votre douleur principale:**

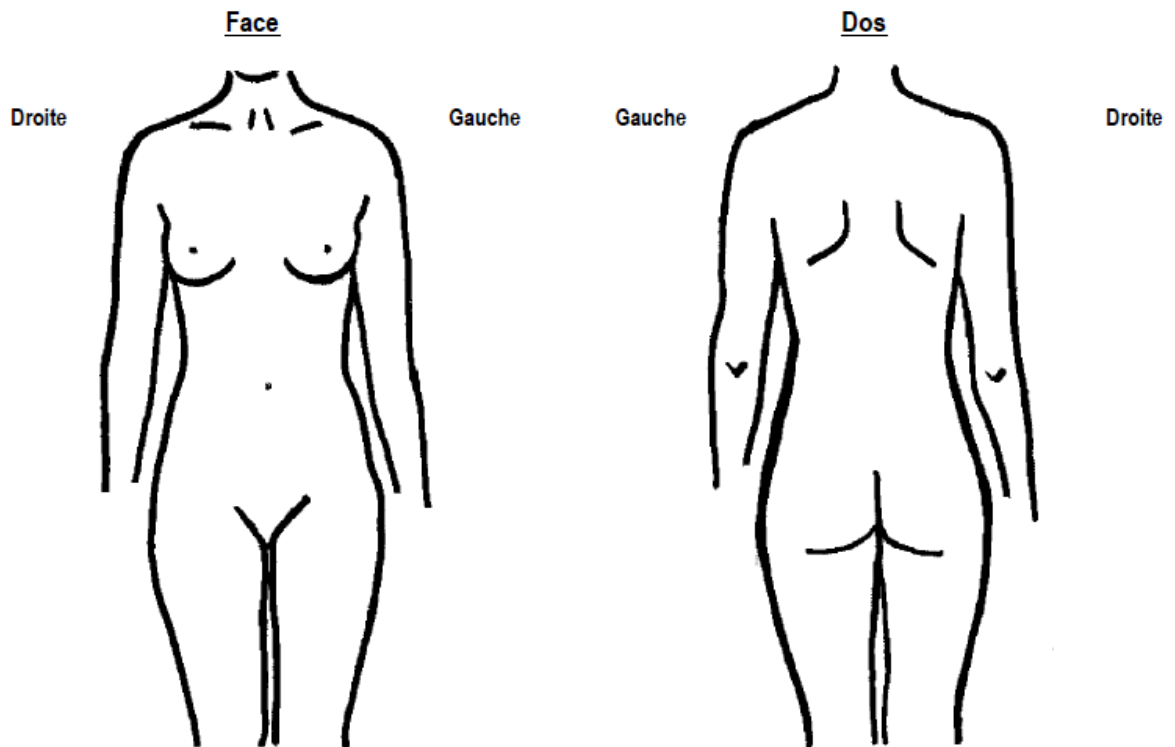
.....  
.....  
.....  
.....

**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 ?**

Pas de douleur	-----	Douleur maximale imaginable
----------------	-------	-----------------------------

**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-vous 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                    | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Au moment des règles  | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Juste après les règles  | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Au milieu du cycle (12 <sup>ème</sup> , 17 <sup>ème</sup> jour) | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Aucun en particulier  | <input type="checkbox"/> | 5 |

**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

**I.11. Du fait de votre douleur, avez-vous ressenti le besoin de voir un psychologue ?**

-----  
 -----  
 -----  
 -----

**I.12. Du fait de votre douleur, avez –vous des difficultés à vous projeter dans l'avenir, à faire des projets ?**

-----  
 -----  
 -----  
 -----

**I.13. Votre douleur est-elle responsable d'une fatigue physique et si oui est-elle majorée pendant les règles ?**

---

---

---

---

**Remarques :**

---

---

---

---

**TROUBLES URINAIRES – DIGESTIFS**

**Au cours des derniers mois avez-vous eu des :**

<b>V1.1 Douleurs en allant à la selle</b>	<b>Pas du tout</b> <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<b>Un Peu</b> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<b>Modérément</b> <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<b>Beaucoup</b> <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<u>V1.2 SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	Non <input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V2.1 Diarrhées</b>	<b>Pas du tout</b> <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<b>Un Peu</b> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<b>Modérément</b> <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<b>Beaucoup</b> <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<u>V2.2 SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	Non <input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V3.1 Constipations</b>	<b>Pas du tout</b> <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<b>Un Peu</b> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<b>Modérément</b> <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<b>Beaucoup</b> <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<u>V3.2 SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	Non <input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V4.1 Alternances Diarrhée/Constipation</b>	<b>Pas du tout</b> <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<b>Un Peu</b> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<b>Modérément</b> <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<b>Beaucoup</b> <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<u>V4.2 SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	Non <input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V5.1 Vomissements</b>	<b>Pas du tout</b> <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<b>Un Peu</b> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<b>Modérément</b> <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<b>Beaucoup</b> <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<u>V5.2 SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	Non <input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V6.1 Gonflements du ventre</b>	<b>Pas du tout</b> <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<b>Un Peu</b> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<b>Modérément</b> <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<b>Beaucoup</b> <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<u>V6.2 SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	Non <input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V7.1 Douleurs intestinales (crampes, coliques)</b>	<b>Pas du tout</b> <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<b>Un Peu</b> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<b>Modérément</b> <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<b>Beaucoup</b> <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<u>V7.2 SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	Non <input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V8.1 Douleurs à l'anus</b>	<b>Pas du tout</b> <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<b>Un Peu</b> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<b>Modérément</b> <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<b>Beaucoup</b> <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<u>V8.2 SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	Non <input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V9.1 Impressions d'avoir quelque chose dans l'anus ou dans le rectum</b>	<b>Pas du tout</b> <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<b>Un Peu</b> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<b>Modérément</b> <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<b>Beaucoup</b> <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<u>V9.2 SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	Non <input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V10.1 Envies douloureuses d'aller à la selle</b>	<b>Pas du tout</b> <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<b>Un Peu</b> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<b>Modérément</b> <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<b>Beaucoup</b> <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<u>V10.2 SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non



<b>V11.1 Envies urgentes d'aller à la selle</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un Peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<b>V11.2 SI OUI</b> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V12.1 Envies fréquentes d'aller à la selle</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un Peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<b>V12.2 SI OUI</b> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V13.1 Pertes de sang par l'anus</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un Peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<b>V13.2 SI OUI</b> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V14.1 Envies douloureuses d'aller uriner</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un Peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<b>V14.2 SI OUI</b> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V15.1 Douleurs lorsque vous urinez</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un Peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<b>V15.2 SI OUI</b> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V16.1 Envies très pressantes d'aller uriner</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un Peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<b>V16.2 SI OUI</b> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V17.1 Nécessités d'uriner de très nombreuses fois par jour</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un Peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<b>V17.2 SI OUI</b> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V18.1 Brûlures lorsque vous urinez</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un Peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<b>V18.2 SI OUI</b> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V19.1 Présences de sang dans les urines</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un Peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<b>V19.2 SI OUI</b> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
<b>V20.1 Douleurs du flanc (sur le côté entre les côtes et la hanche) ou partie moyenne du dos (douleur lombaire)</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un Peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
<b>V20.2 SI OUI</b> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>

V21.1 Douleurs du bas du dos	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
V21.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
V22.1 Douleurs au coccyx ou vers l'arrière	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
V22.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
V23.1 Douleurs sciatiques (partant de la fesse jusqu'à la jambe)	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
V23.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
V24.1 Douleurs dans la fesse	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
V24.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
V25.1 Douleurs dans la cuisse	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
V25.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
V26.1 Douleurs dans les mollets	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
V26.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>

**Remarques :**

-----

-----

-----

-----