



**EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SCALE**

IN PATIENT       OUT PATIENT

Completed by:  patient     family/care giver

Signature

Date (yyyy/mm/dd)

**PLEASE CIRCLE THE NUMBER THAT BEST DESCRIBES HOW YOU ARE FEELING AT THIS MOMENT**

**No pain**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Worst possible pain**

**Not tired**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Worst possible tiredness**

**Not nauseated**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Worst possible nausea**

**Not depressed**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Worst possible depression**

**Not anxious**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Worst possible anxiety**

**Not drowsy**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Worst possible drowsiness**

**Best appetite**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Worst possible appetite**

**Best feeling of well-being**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Worst possible feeling of wellbeing**

**No shortness of breath**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Worst possible shortness of breath**

**No constipation**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Worst possible constipation**

**No problem sleeping**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Worst possible sleep**

If you have another problem, please write it on the blank line below and, on the scale from 0 to 10, rate how much of a problem it has been for you.

My problem is: \_\_\_\_\_

**No problem at all**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Tremendous problem**

**FOR STAFF USE ONLY**

**Intent of treatment:**

**PPS SCORE :**      %

Palliative

Curative

Undefined



## ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES D'EDMONTON

PATIENT HOSPITALISÉ     PATIENT EXTERNE

Rempli par :  patient     famille/prestataire de soins

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

**VEUILLEZ ENCERCLER LES CHIFFRES QUI CORRESPONDENT LE MIEUX À VOTRE SITUATION PRÉSENTEMENT**

<b>Aucune douleur</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<b>La pire douleur possible</b>
<b>Pas fatigué</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<b>La pire fatigue possible</b>
<b>Sans nausée</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<b>La pire nausée possible</b>
<b>Pas déprimé</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<b>Extrêmement faible</b>
<b>Pas anxieux</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<b>La pire anxiété possible</b>
<b>Pas somnolent</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<b>La pire somnolence possible</b>
<b>Appétit normal</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<b>Manque d'appétit</b>
<b>Le meilleur sentiment de bien-être</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<b>Le pire sentiment de bien-être</b>
<b>Pas essoufflé</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<b>Extrêmement essoufflé</b>
<b>Pas constipé</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<b>Extrêmement constipé</b>
<b>Bien dormi</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<b>La pire insomnie</b>

Si vous avez un autre problème, veuillez l'écrire sur la ligne ci-dessous et indiquez à quel point cela a été un problème pour vous, sur l'échelle de 0 à 10.

Mon problème est : \_\_\_\_\_

**Aucun problème**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Énorme problème**

**POUR LE PERSONNEL SEULEMENT**

**Intention du traitement :**

**PPS SCORE :**            %

Palliatif

Curatif

Indéterminé