







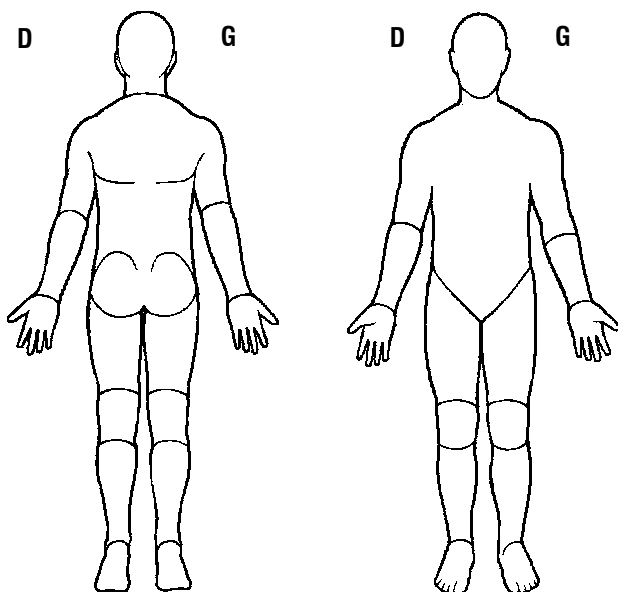
**Le but de ce questionnaire est de nous indiquer la  
sévérité de votre douleur et comment la douleur  
affecte vos activités journalières**

Rempli par :  patient  famille/prestataire de soins  
DATE

**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). Avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs «familières» aujourd'hui?**

oui  non

**2 Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un X à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.**



**ÉVALUATION ADDITIONNELLES DE L'HO**

Entourez d'un cercle les mots qui décrivent le mieux votre douleur.

- |                     |               |             |
|---------------------|---------------|-------------|
| fourmillante        | crampante     | épuisante   |
| lancinante          | lourde        | persistante |
| en coup de poignard |               | douloureuse |
| tenace              | brûlante      | lancinante  |
| déchirante          | profonde      | aiguë       |
| insoutenable        | engourdisante |             |

**3 SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **LA PLUS INTENSE** que vous ayez ressentie au cours de la semaine dernière.**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Pas de douleur Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

**4 SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **LA PLUS FAIBLE** que vous ayez ressentie au cours de la semaine dernière.**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Pas de douleur Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

**5 SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **EN GÉNÉRAL** .**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Pas de douleur Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

**6 SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **EN CE MOMENT** .**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Pas de douleur Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

**7 Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur?**

**8 Au cours de 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?**

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
Aucune amélioration										Amélioration complète

**9 SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux comment, au cours de la semaine dernière, la douleur a gêné votre :**

**A Activité générale**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

**B Humeur**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

**C Capacité à marcher**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

**D Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

**E Relations avec les autres**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

**F Sommeil**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

**G Goût de la vie**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

**10 SVP, entourez d'un cercle tout autre symptôme que vous avez. ÉVALUATION ADDITIONNELLE L'HO.**

nausée	vomissements	constipation	diarrhée	problèmes urinaires
indigestion	sudation	somnolence	fatigue	démenceaison