



BRIEF PAIN INVENTORY SELF REPORT

The purpose of the questionnaire is to tell us about the severity of your pain and how the pain affects your day to day activities

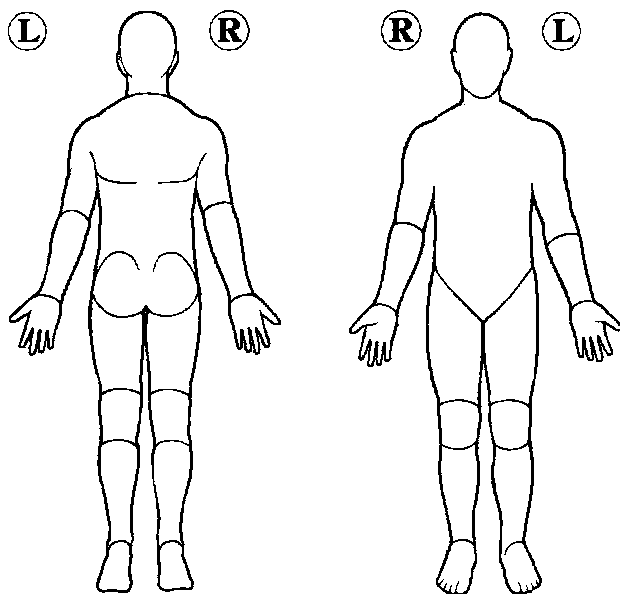
Completed by: ☐ patient ☐ family/care giver
DATE

1 Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?

☐ yes

☐ no

2 On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.



ADDITIONAL TOH ASSESSMENTS

Circle the words that best describe your pain.

tingling	cramping	exhausting
shooting	heavy	continuous
stabbing	aching	nagging
burning	throbbing	excruciating
deep	sharp	unbearable
numb		

3 Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **WORST in the past 24 hours.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No pain										Pain as bad as you can imagine

4 Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **LEAST in the last 24 hours.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No pain										Pain as bad as you can imagine

5 Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on **AVERAGE.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No pain										Pain as bad as you can imagine

6 Please rate your pain by circling the one number that tells how much pain you have **RIGHT NOW.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No pain										Pain as bad as you can imagine

7 What treatments or medications are you receiving for your pain?

8 In the past 24 hours, how much relief have pain treatments or medications provided? Please circle the one percentage that most shows how much **RELIEF you have received.**

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
No relief										Complete relief

9 Circle the one number that best describes how, during the past 24 hours, pain has interfered with your:

A General activity

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

B Mood

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

C Walking ability

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

D Normal work (includes both work outside the home and housework)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

E Relations with other people

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

F Sleep

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

G Enjoyment of life

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

10 Please circle any other symptoms that you may have. ADDITIONAL TOH ASSESSMENTS.

nausea	vomiting	constipation	diarrhea	urinary problems
indigestion	sweating	feeling drowsy	tiredness	itching



The Ottawa
Hospital
☐ Civ
☐ Gen.-Gén.

L'Hôpital
d'Ottawa

RAPPORT PERSONNEL- INVENTAIRE ABRÉGÉ DE LA DOULEUR

Acute Pain Service (APS)-Service de la douleur aiguë (SDA)

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

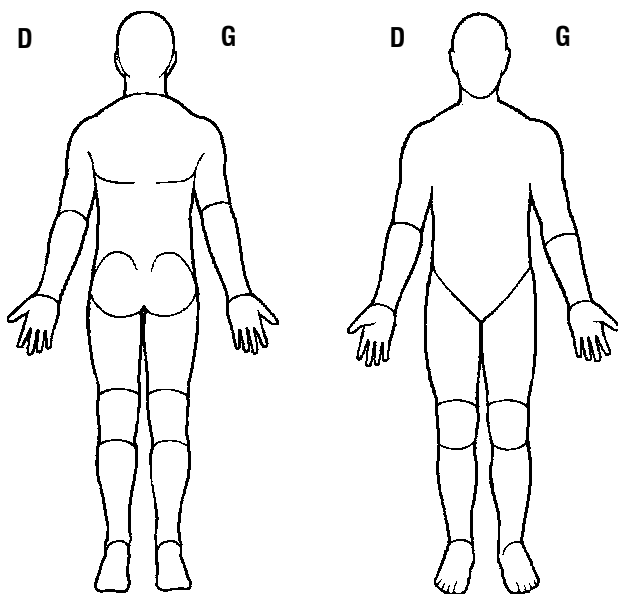
Rempli par : ☐ patient ☐ famille/prestataire de soins
DATE

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