



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

Aucune douleur

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La pire douleur possible

Pas fatigué

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La pire fatigue possible

Sans nausée

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La pire nausée possible

Pas déprimé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extrêmement faible

Pas anxieux

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La pire anxiété possible

Pas somnolent

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La pire somnolence
possible

Appétit normal

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Manque d'appétit

Le meilleur sentiment de
bien-être

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Le pire sentiment de
bien-être

Pas essoufflé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extrêmement essoufflé

Pas constipé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extrêmement constipé

Bien dormi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La pire insomnie

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