



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

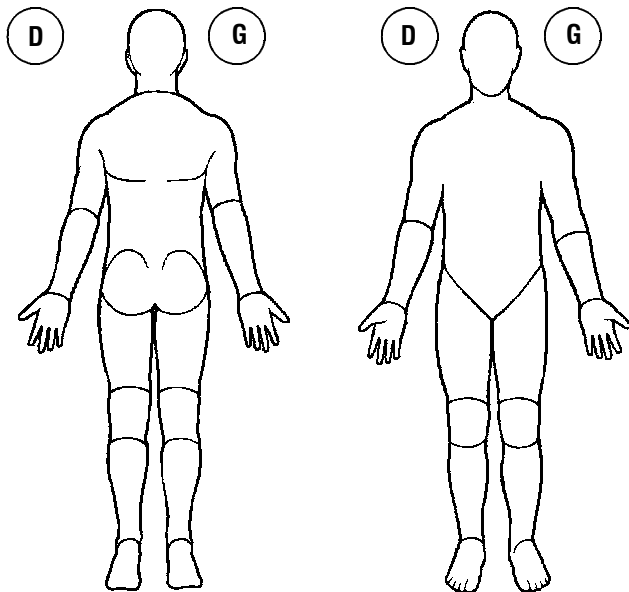
D
A
Y
P
A
I
N
C
A
R
E
M
A
N
A
G
E
M
E
N
T
U
N
I
T

Rempli par : patient famille/prestataire de soins
SIGNATURE | 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