



RAPPORT PERSONNEL INVENTAIRE ABRÉGÉ DE LA DOULEUR

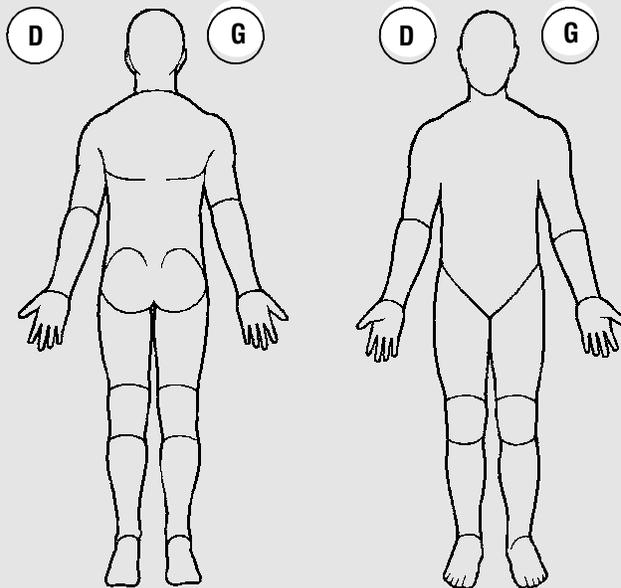
Le but de ce questionnaire est de nous indiquer l'intensité de votre douleur et comment la douleur interfère avec vos activités journalières.

Rempli par : patient famille/fournisseur de soins
 SIGNATURE | DATE

1. Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent de la douleur un jour ou l'autre (mal de tête, mal de dents). Avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familiales » 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 ADDITIONNELLE DE L'HO

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

- | | | |
|---------------------|-----------------|-----------|
| fourmillements | crampe | épuisante |
| lancinante | forte | constante |
| en coup de poignard | | tenace |
| persistante | brûlante | atroce |
| diffuse | profonde | vive |
| insupportable | engourdissement | |

3. Veuillez encercler le chiffre qui décrit le mieux LA PIRE douleur que vous avez ressentie au cours de la semaine dernière.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Aucune douleur | La pire douleur possible

4. Veuillez encercler le chiffre qui décrit le mieux LA PLUS FAIBLE douleur que vous avez ressentie au cours de la semaine dernière.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Aucune douleur | La pire douleur possible

5. Veuillez encercler le chiffre qui décrit le mieux la douleur que vous ressentez EN GÉNÉRAL.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Aucune douleur | La pire douleur possible

6. Veuillez encercler le chiffre qui décrit le mieux votre douleur MAINTENANT.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Aucune douleur | La pire douleur possible

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

8. Au cours des dernières 24 heures, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté? Indiquez le pourcentage **D'AMÉLIORATION obtenue.**

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

9. Veuillez encercler le chiffre qui décrit le mieux comment, au cours de la semaine dernière, la douleur a interféré avec les activités suivantes :

A. Activité générale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement

B. Humeur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement

C. Capacité de marcher

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement

D. Travail habituel (à la maison et à l'extérieur)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement

E. Relations avec les autres

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement

F. Sommeil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement

G. Goût de vivre

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement

10. Veuillez encercler tout autre symptôme que vous avez. (ÉVALUATION ADDITIONNELLE DE L'HO).

nausée	vomissements	constipation	diarrhée	problèmes urinaires
indigestion	sueurs	somnolence	fatigue	démangeaisons