



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