Evaluation de la douleur

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evaluateur : _____

EVALUATION DE LA DOULEUR

- **Avez-vous mal ?** ☐ Oui ☐ Non
- **Si oui,**
  - **Evaluation la douleur :**

JOUR

0 ———— 5 ———— 10

NUIT

0 ———— 5 ———— 10

  - **Depuis quand / depuis quoi ?**_____
  - **Où avez-vous mal ?** _____
  - **Avez-vous des sensations de :** ☐ Piqures / Brulures ☐ Engourdissements ☐ Picotements ☐Autre : _____

TRAITEMENT CONTRE LA DOULEUR

- **Traitement contre la douleur ?** ☐ Oui ☐ Non
- **Si oui,**
  - **Pris de façon :** ☐ Systématique ☐ A la demande
  - **Lequel ?**_____
  - **Qui l'a prescrit ?** ☐ Automédication ☐ Médecin traitant ☐Autre, préciser :_____
  - **Etes-vous soulagé par votre traitement ?** ☐ Oui ☐ Non
  - **Avez-vous des effets indésirables ?** ☐ Oui ☐ Non
    Si oui, lesquels ? (troubles du transit, vertiges, nausées, gastralgies, etc.) : _____

RETENTISSEMENT FONCTIONNEL DE LA DOULEUR

- **Retentissement fonctionnel de la douleur :**
  - **Sur les actes de la vie courante ?** ☐ Oui ☐ Non
    Si oui, lesquels ? (hygiène, ménage, habillage, cuisine, courses, repassage, etc.) : _____
    _____
    _____
  - **Sur votre « mobilité sociale » ?** ☐ Oui ☐ Non
    Si oui, à quel niveau ? (sorties, amis, voyages, activités, loisirs, accès aux transports en commun, etc.) : _____
    _____
    _____
  - **Sur vos « envies » ?** ☐ Oui ☐ Non
    Si oui, à quel niveau ? (sommeil, moral, sexualité, appétit, etc.) : _____
    _____
    _____