

Evaluation de la douleur

Avez-vous mal?	uateur :
Si oui, Evaluation la douleur: Dour	
O Sour Sour Sour Sour Sour Sour Sour Sour	
O Sour Sour Sour Sour Sour Sour Sour Sour	
NUIT O S NUIT O NUIT O NUIT O NUIT O NUIT O NUIT O NO Si oui, Pris de façon: Systématique	
NUIT O	10
Où avez-vous mal? - Où avez-vous des sensations de : Piqures / Brulures Engourdissements Picotements RAITEMENT 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.) : ETENTISSEMENT 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.) :	
- Depuis quand / depuis quoi ? - Où avez-vous mal ? - Avez-vous des sensations de :	
- Où avez-vous mal? - Avez-vous des sensations de :	10
- Où avez-vous mal? - Avez-vous des sensations de :	
- Avez-vous des sensations de :	
Traitement contre la douleur ?	
Traitement contre la douleur ?	□Autre :
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.) : - ETENTISSEMENT 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.) :	
- 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.) : ☐ ETENTISSEMENT 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.) : ☐	
- 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.) : ETENTISSEMENT 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.) :	
- 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.) : ETENTISSEMENT 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.) :	
- 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.) : ETENTISSEMENT 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.) :	
- Avez-vous des effets indésirables ?	
Si oui, lesquels ? (troubles du transit, vertiges, nausées, gastralgies, etc.) :	
Retentissement fonctionnel de la douleur : - Sur les actes de la vie courante ?	
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 les actes de la vie courante ? □ Oui □ Non Si oui, lesquels ? (hygiène, ménage, habillage, cuisine, courses, repassage, etc.) :	
Si oui, lesquels ? (hygiène, ménage, habillage, cuisine, courses, repassage, etc.) :	
- Sur votre « mobilité sociale » ?	
- Sur votre « mobilité sociale » ?	
Si oui, à quel niveau ? (sorties, amis, voyages, activités, loisirs, accès aux transports en comm	nun, etc.) :
- Sur vos « envies » ? □ Oui □ Non Si oui, à quel niveau ? (sommeil, moral, sexualité, appétit, etc.) :	