

Evaluation de la douleur

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

EVALUATION DE LA DOULEUR

- Avez-vous mal ? Oui Non

- Si oui,

- Evaluation la douleur :



- 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.) : _____

RENTISSEMENT 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.) : _____

