

NUMÉRO D'IDENTITÉ
DE L'ÉTUDE

NE PAS ÉCRIRE AU-DESSUS
DE CETTE LIGNE

NUMÉRO DE
L'HÔPITAL

Date : ____ / ____ / ____

Heure : _____

Nom : _____
Nom de famille Prénom

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

8. Pendant les dernières 24 heures, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté ? Pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

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

9. Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, pendant les dernières 24 heures, la douleur a gêné votre :

A. Activité générale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ne gêne Gêne
pas complètement

B. Humeur

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ne gêne Gêne
pas complètement

C. Capacité à marcher

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ne gêne Gêne
pas complètement

D. Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ne gêne Gêne
pas complètement

E. Relation avec les autres

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ne gêne Gêne
pas complètement

F. Sommeil

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ne gêne Gêne
pas complètement

G. Goût de vivre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ne gêne Gêne
pas complètement

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
Pain Research Group
All rights reserved