

NUMÉRO D'IDENTITÉ DE L'ÉTUDE _____

NE PAS ÉCRIRE AU-DESSUS DE CETTE LIGNE

NUMÉRO DE L'HÔPITAL _____

Questionnaire concis sur les douleurs (Format Réduit)

Date : ____ / ____ / ____

Heure : _____

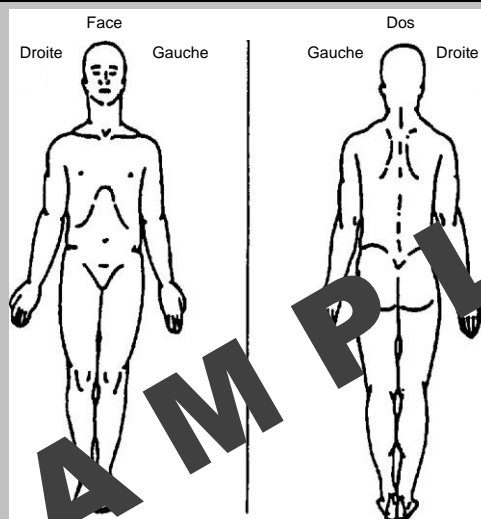
Nom : _____
Nom Prénom

1. Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents). Avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » aujourd'hui ?

1. Oui

2. Non

2. Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « X » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus intense que vous avez ressentie pendant les dernières 24 heures.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de douleur Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous avez ressentie pendant les dernières 24 heures.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de douleur Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

5. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur en général.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de douleur Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

6. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur en ce moment.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de douleur Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

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