

BREF QUESTIONNAIRE DE LA DOULEUR

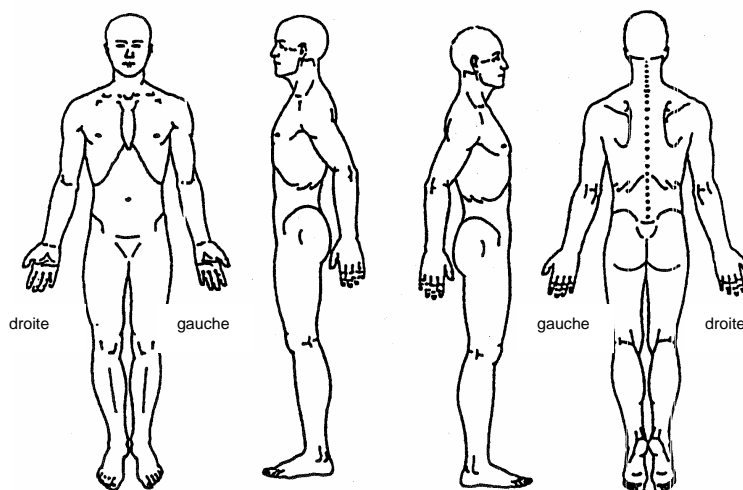
Madame, Monsieur,

Ce questionnaire vous permet de nous fournir des informations au sujet de votre douleur. La douleur n'étant pas toujours facilement « mesurable », c'est vous-même qui êtes le mieux placé pour la décrire.

Veuillez remplir ce questionnaire correctement et sincèrement.

1 Indiquez sur le dessin OÙ se situe votre douleur.

Noircissez l'endroit de vos maux de tête et de leurs éventuelles irradiations.



2. Données d'anamnèse.

2.1. Quels médicaments prenez-vous **actuellement** ?

Nom	Dosage (nombre de mg ou g par comprimé)	Quantité par jour

2.2. Qui vous a renvoyé(e) ici?

2.3. Etes-vous allergique à un produit ou à un désinfectant particulier ?

<input type="checkbox"/> Oui, à savoir <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Produit désinfectant: <input type="checkbox"/> médicament:..... <input type="checkbox"/> autre produit, à savoir: 	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------

2.4. De quoi avez-vous souffert par le passé ou souffrez-vous actuellement ?

	Type d'affection ou d'image médicale
<input type="checkbox"/> maladie cardio-vasculaire	
<input type="checkbox"/> affection bénigne/cancer	
<input type="checkbox"/> maladie du système digestif	
<input type="checkbox"/> maladie des reins/de la vessie	
<input type="checkbox"/> affection pulmonaire	
<input type="checkbox"/> diabète	
<input type="checkbox"/> hépatite A of B ou C	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

2.5 Quelles opérations avez-vous déjà subies ?

Année	Opération	Médecin et hôpital

2.6. Pour les femmes : êtes-vous enceinte ou y a-t-il une possibilité que vous le soyez ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

3. Questions au sujet de votre douleur.

3.1. Depuis quand ressentez-vous les douleurs actuelles ?

.....

3.2. Quelle est la fréquence de votre douleur ?

<input type="checkbox"/> constante, j'ai mal en permanence.
<input type="checkbox"/> constante, mais il m'arrive de ne ressentir aucune douleur pendant une brève période après un traitement ou après avoir pris un médicament.
<input type="checkbox"/> quasi-constante, mais il m'arrive de ne ressentir aucune douleur pendant plusieurs heures (par exemple lorsque je me repose).
<input type="checkbox"/> presque tous les jours, mais il m'arrive de ne ressentir aucune douleur pendant certains jours.
<input type="checkbox"/> presque toutes les semaines, mais il m'arrive de ne ressentir aucune douleur pendant certaines semaines.

3.3. Quelle est l'intensité de votre douleur ?

Le but est que vous traciez **un** trait sur cette ligne afin d'indiquer l'intensité de votre douleur.

Absence	_____	Douleur
Totale de douleur		insupportable

Merci de votre collaboration. Si avez encore des questions, n'hésitez pas à les poser à l'infirmier(e) de la douleur.