

Questionnaire concis sur la douleur

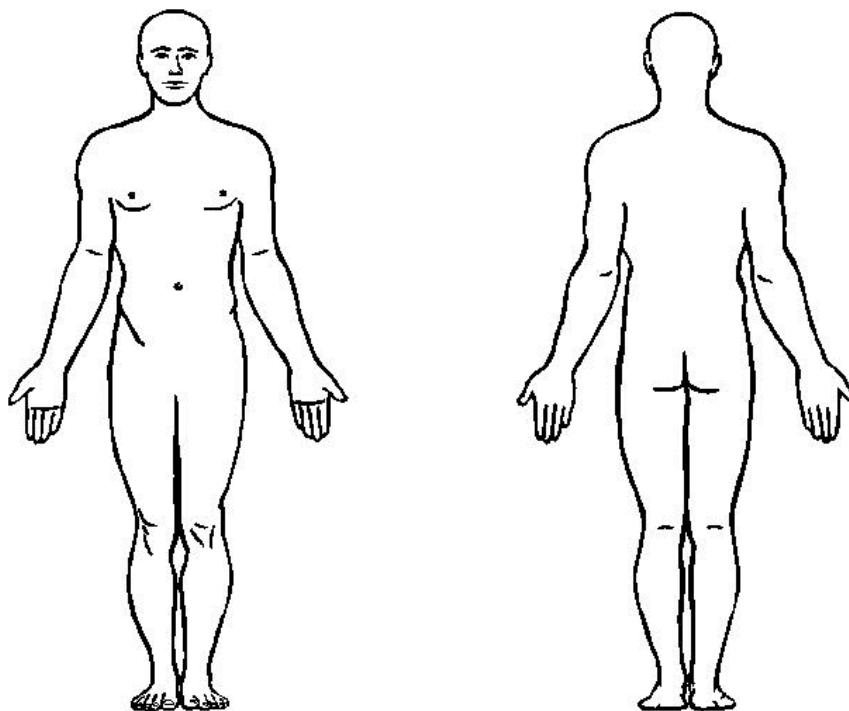
Adapté du *Brief Pain Inventory* © 1991 Charles S. Cleland / Pain Research Group

Nom complet : _____

Date de naissance : _____

Date : _____

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



2. Entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus intense** que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de douleur

Pire douleur possible

3. Entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus faible** que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de douleur

Pire douleur possible

4. 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

Pire douleur possible

5. 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

Pire douleur possible

6. Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur?										
7. Pendant les dernières 24 heures, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté? Entourez d'un cercle le pourcentage d' amélioration obtenue.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune amélioration					Amélioration complète					
8. Entourez d'un cercle 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 pas					Gêne complètement					
B. Humeur										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					
C. Capacité à marcher										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne 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 pas					Gêne complètement					
E. Relation avec les autres										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					
F. Sommeil										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					
G. Goût de vivre										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					