

LA PRISE EN CHARGE DE **MA** DOULEUR



Clinique des Augustines



Votre
douleur,
parlons-en

Contrat d'engagement

CARNET DE SUIVI APRÈS HOSPITALISATION

ÉDITO



Madame, Monsieur,

Votre hospitalisation à la clinique des Augustines prend fin, nous espérons que vous avez pu recevoir tout le soutien dont vous aviez besoin.

Nous avons conscience que vous avez pu souffrir pendant ce séjour de douleurs, plus ou moins intenses. Aussi, nous travaillons, au sein du CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur), à ce que la prise en charge de vos douleurs s'améliore continuellement. Nous souhaitons faciliter le suivi de vos douleurs par votre médecin généraliste.

C'est le but de ce livret.

La première partie décrit votre douleur et son traitement **à la sortie de la clinique.**

La deuxième partie permet un suivi simple, **au jour le jour.** Mieux ce sera rempli, plus aisé sera le suivi par votre médecin généraliste.

La dernière partie présente l'état de vos douleurs **juste avant la première consultation** avec votre médecin généraliste.

Nous espérons que ce livret pourra vous rendre service autant que nous le souhaitons.

Bien respectueusement,

*Dr Guillaume DEGENNE
et tous les membres du CLUD*



VOTRE IDENTITÉ

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

.....

.....

TÉLÉPHONE :

Renseignements utiles

Nom du médecin référent lors de votre hospitalisation :

.....

Date de sortie d'hospitalisation : / /





PRÉSENTATION de la douleur

La **douleur** est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable ».

On distingue principalement deux types de douleur, aiguë et chronique :

- ▶ la **DOULEUR AIGÜE** correspond à un « signal d'alarme » de l'organisme pour l'inciter à une réaction appropriée, en cas de remise en cause de son intégrité physique, soit par un traumatisme (brûlure, plaie, choc...), soit par une maladie
- ▶ la **DOULEUR CHRONIQUE**, c'est l'installation durable de la douleur (3 à 6 mois), elle est considérée comme une maladie.

Il existe une douleur particulière « **la douleur neuropathique** ».

Si votre douleur présente au moins 2 des caractéristiques suivantes, **parlez-en à votre médecin**.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> brûlures | <input type="checkbox"/> décharges électriques |
| <input type="checkbox"/> sensation de froid douloureux | <input type="checkbox"/> sensation de fourmillements |
| <input type="checkbox"/> picotements | <input type="checkbox"/> engourdissements |
| <input type="checkbox"/> démangeaisons | |





Traitement de la douleur (antalgique)

- ▶ Le traitement prescrit sera adapté à l'intensité de la douleur et au type de douleur.
- ▶ Bien informer votre médecin des autres traitements que vous prenez ou de vos autres problèmes de santé.



Type de traitements antalgiques

L'antalgique est choisi en fonction de l'intensité de la douleur.

3 PALIERS DE LA DOULEUR

Palier 1



Douleurs faibles à modérées

- Paracétamol
- Acide acétylsalicylique (Aspirine) ou anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

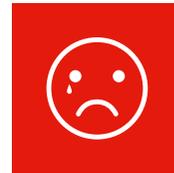
Palier 2



Douleurs modérées à sévères

- Opiïdes faibles :
codéine,
tramadol

Palier 3



Douleurs intenses

- Opiïdes forts :
morphine
et ses dérivés

Le traitement antalgique associe le plus souvent des médicaments pour soulager la douleur de fond et des médicaments pour soulager les pics douloureux.

TRAITEMENT DE LA DOULEUR DE FOND : utilisation des médicaments à **Libération Prolongée (LP)**. Ils couvrent 12h (2 prises/jour) et doivent être pris à heures fixes. Il existe également une forme transdermique (patch) dont la durée d'action est de 3 jours.

Dans le cadre de douleurs neuropathiques, d'autres traitements peuvent être utilisés (exemples : Amitriptyline - LAROXYL®, Prégabaline - LYRICA®, Gabapentine - NEURONTIN®, ...).

TRAITEMENT DES PICS DOULOUREUX : utilisation des médicaments à **Libération Immédiate (LI)**. Ils agissent plus vite et moins longtemps que les médicaments LP et sont aussi appelées Interdoses. Les pics de douleur à traiter peuvent apparaître spontanément ou être déclenchés par un facteur prévisible (marche, mouvements...). Ils peuvent être pris plusieurs fois par jour.

QUELQUES RÈGLES D'OR

- ▶ Ni trop tôt : bien respecter le nombre d'heures minimales entre 2 prises.
- ▶ Ni trop tard : ne pas attendre que la douleur soit maximale.
- ▶ Bien respecter les horaires de prises régulières
- ▶ Savoir attendre le temps nécessaire pour que le médicament soit efficace.
- ▶ Ne jamais arrêter brutalement le traitement opioïde et ne jamais associer d'autres médicaments sans avis médical.
- ▶ Ne jamais changer les doses soi-même.
- ▶ Éviter de prendre de l'alcool.
- ▶ Ne pas hésiter à appeler son médecin en cas de problème ou de questionnement.

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE CONSTATÉS

Constipation / Nausées / Vomissements / Hallucinations / Cauchemars
Troubles attentionnels / Somnolence

Pensez à signaler tout effet indésirable à votre médecin.

**L'utilisation de morphine n'est pas synonyme de fin de vie
contrairement à ce que pensent de nombreux patients.**

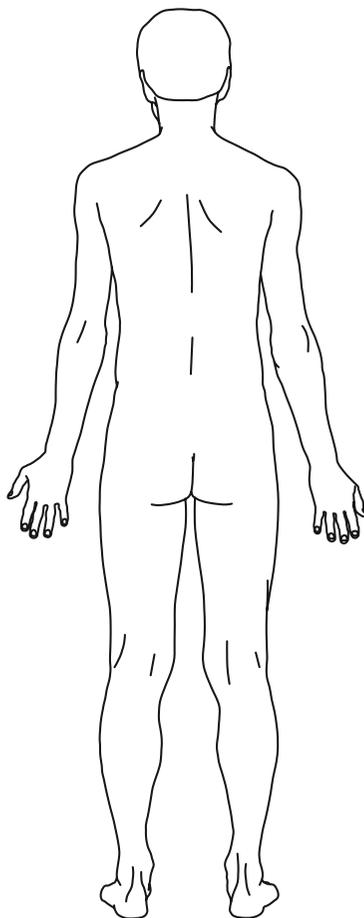
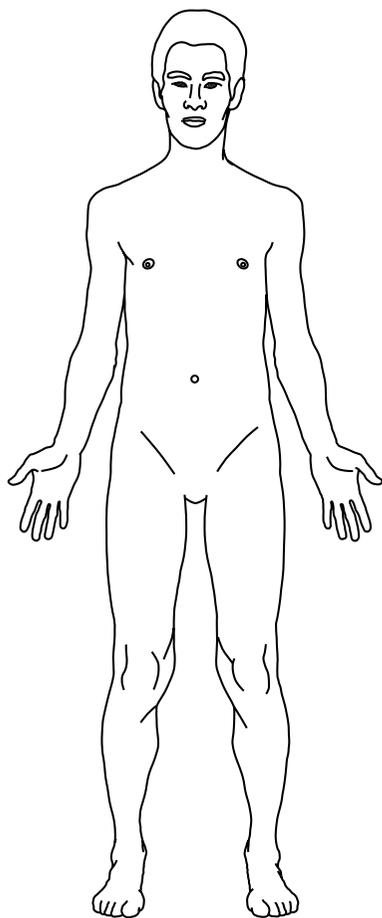




À VOTRE SORTIE DE LA CLINIQUE

Localisation de votre douleur

Nous vous invitons à entourer sur ce schéma la ou les zones douloureuses.

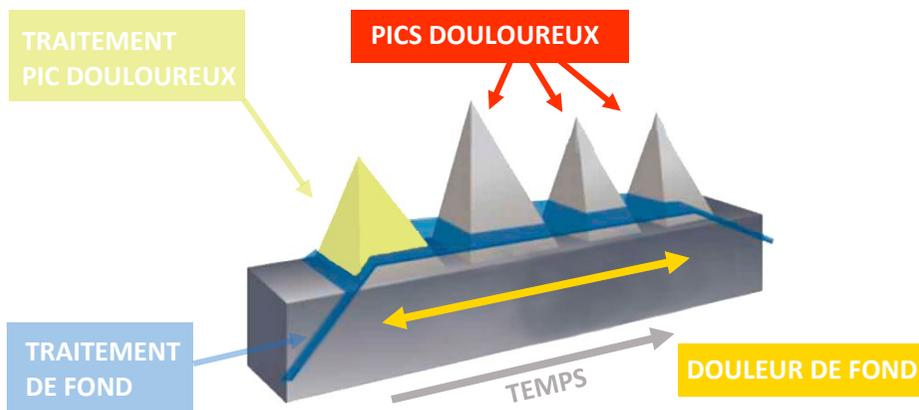
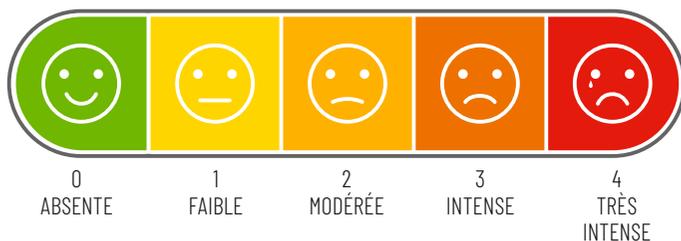




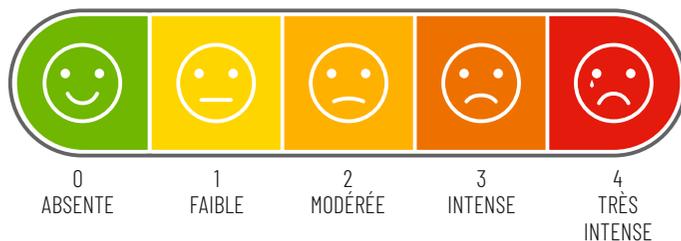
Évaluation de l'intensité de votre douleur

Entourez la case qui décrit le mieux l'intensité de votre douleur de fond et des pics douloureux ces 3 derniers jours.

PICS DOULOUREUX



DOULEUR DE FOND





Retentissement de la douleur sur le quotidien

Entourez le chiffre sur chacune de ces 4 échelles qui décrit le mieux la gêne occasionnée par votre douleur.

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

NE GÊNE PAS

GÊNE
COMPLÈTEMENT

SOMMEIL

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

NE GÊNE PAS

GÊNE
COMPLÈTEMENT

GOÛT DE VIVRE

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

NE GÊNE PAS

GÊNE
COMPLÈTEMENT

RELATION AVEC LES AUTRES

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

NE GÊNE PAS

GÊNE
COMPLÈTEMENT



Votre traitement de la douleur

À remplir avec l'infirmière avant votre départ.

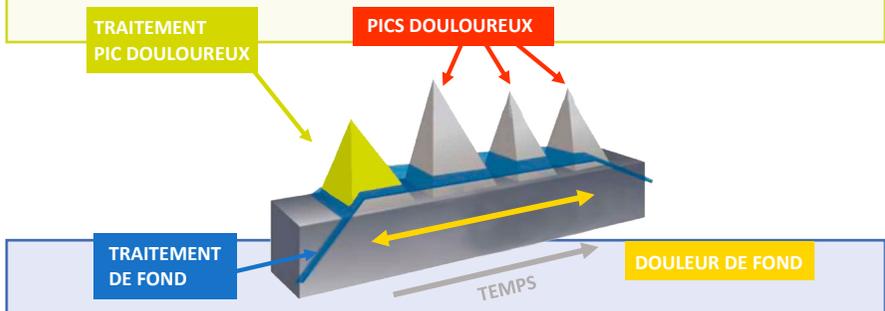
Traitement des pics douloureux (interdoses) :

.....

.....

.....

.....



Traitement de la douleur de fond :

.....

.....

.....

.....



Chez vous, avant la 1^{ère} consultation chez le médecin généraliste

Tracez votre douleur chaque jour

Avec la tenue de cet agenda, vous devenez acteur de votre traitement.

Vous apprendrez à évaluer votre douleur, à anticiper afin de mieux la gérer avec votre médecin. Il vous permet une surveillance précise de l'intensité de votre douleur, des facteurs déclenchants, du traitement et de ses effets secondaires. Votre médecin traitant aura une idée précise sur l'état de votre douleur les jours précédant la 1^{ère} consultation après votre hospitalisation.

Pour la mesure de l'intensité de la douleur, utilisez l'échelle verbale simple (EVS) :



0
ABSENTE

1
FAIBLE

2
MODÉRÉE

3
INTENSE

4
TRÈS INTENSE

Le traçage de ma douleur



		JOUR 1		JOUR 2		JOUR 3	
		Date :/...../.....		Date :/...../.....		Date :/...../.....	
		Nombre d'interdose sur 24h :		Nombre d'interdose sur 24h :		Nombre d'interdose sur 24h :	
Moment		Jour ☀️	Nuit 🌙	Jour ☀️	Nuit 🌙	Jour ☀️	Nuit 🌙
Intensité de la douleur	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur supportable ?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Cause de la douleur (facteur déclenchant)		<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Autre :
Effet(s) indésirable(s)		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Autre :	

Le traçage de ma douleur

		JOUR 4		JOUR 5		JOUR 6	
		Date :/...../.....		Date :/...../.....		Date :/...../.....	
		Nombre d'interdose sur 24h :		Nombre d'interdose sur 24h :		Nombre d'interdose sur 24h :	
Moment		Jour ☀️	Nuit 🌙	Jour ☀️	Nuit 🌙	Jour ☀️	Nuit 🌙
Intensité de la douleur	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur supportable ?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Cause de la douleur (facteur déclenchant)		<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Autre :
Effet(s) indésirable(s)		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Autre :	

Le traçage de ma douleur



		JOUR 7		JOUR 8		JOUR 9	
		Date :/...../.....		Date :/...../.....		Date :/...../.....	
		Nombre d'interdose sur 24h :		Nombre d'interdose sur 24h :		Nombre d'interdose sur 24h :	
Moment		Jour ☀️	Nuit 🌙	Jour ☀️	Nuit 🌙	Jour ☀️	Nuit 🌙
Intensité de la douleur	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur supportable ?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Cause de la douleur (facteur déclenchant)		<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Autre :
Effet(s) indésirable(s)		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Autre :	

Le traçage de ma douleur

		JOUR 10		JOUR 11		JOUR 12	
		Date :/...../.....		Date :/...../.....		Date :/...../.....	
		Nombre d'interdose sur 24h :		Nombre d'interdose sur 24h :		Nombre d'interdose sur 24h :	
Moment		Jour ☀️	Nuit 🌙	Jour ☀️	Nuit 🌙	Jour ☀️	Nuit 🌙
Intensité de la douleur	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur supportable ?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Cause de la douleur (facteur déclenchant)		<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Autre :
Effet(s) indésirable(s)		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Autre :	

Le traçage de ma douleur



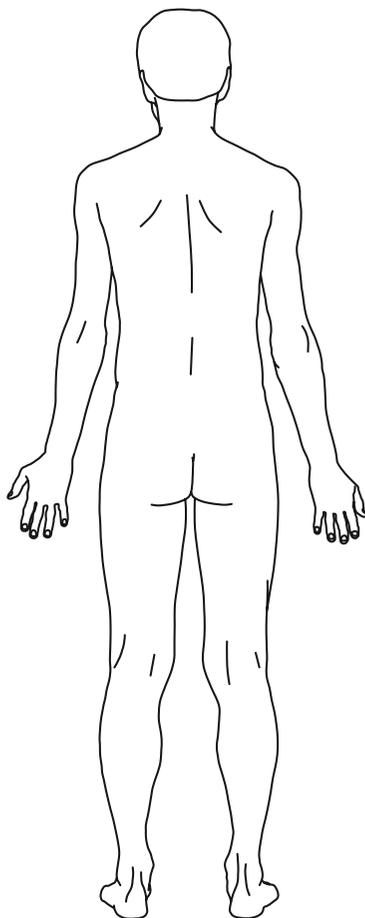
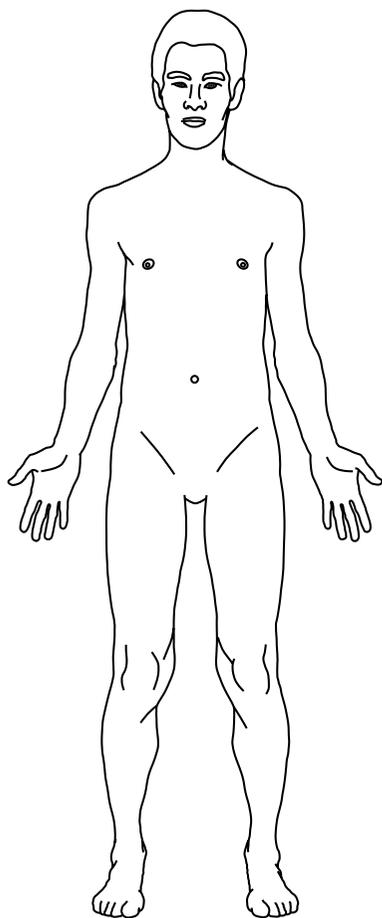
		JOUR 13		JOUR 14		JOUR 15	
		Date :/...../.....		Date :/...../.....		Date :/...../.....	
		Nombre d'interdose sur 24h :		Nombre d'interdose sur 24h :		Nombre d'interdose sur 24h :	
Moment		Jour ☀️	Nuit 🌙	Jour ☀️	Nuit 🌙	Jour ☀️	Nuit 🌙
Intensité de la douleur	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur supportable ?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Cause de la douleur (facteur déclenchant)		<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Mobilisation <input type="checkbox"/> Autre :
Effet(s) indésirable(s)		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Autre :	



À REMPLIR LA VEILLE

de la consultation avec votre médecin généraliste

Nous vous invitons à entourer sur ce schéma la ou les zones douloureuses.

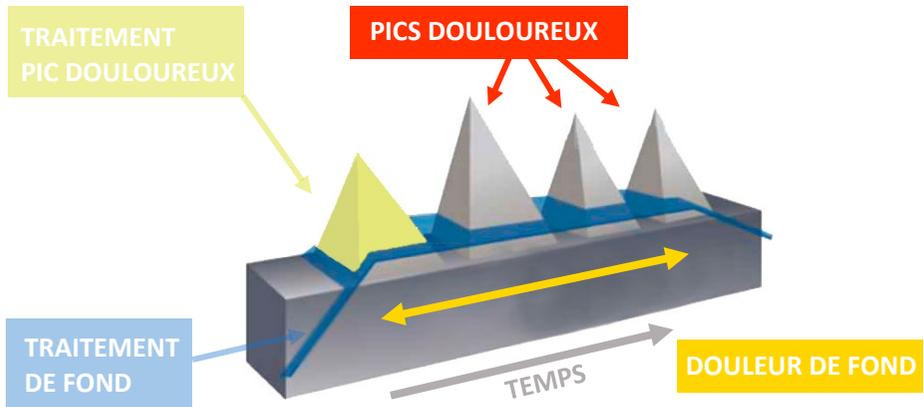
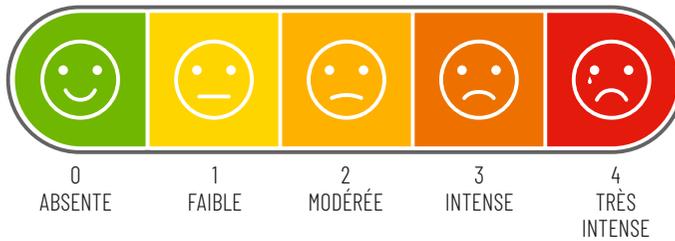




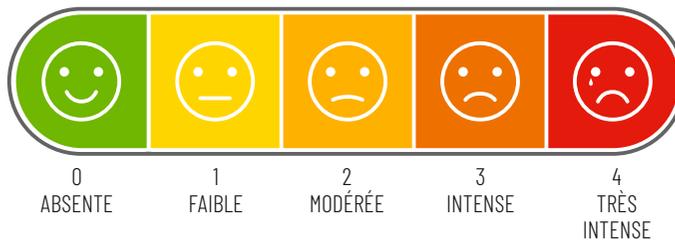
Évaluation de l'intensité MOYENNE de votre douleur sur les 3 derniers jours

Entourez la case qui décrit le mieux l'intensité de votre douleur de fond et des pics douloureux
ces 3 derniers jours.

PICS DOULOUREUX



DOULEUR DE FOND





Retentissement de la douleur sur le quotidien sur les 3 derniers jours

Entourez le chiffre sur chacune de ces 4 échelles qui décrit le mieux la gêne occasionnée par votre douleur **ces 3 derniers jours**.

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

NE GÊNE PAS

GÊNE
COMPLÈTEMENT

SOMMEIL

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

NE GÊNE PAS

GÊNE
COMPLÈTEMENT

GOÛT DE VIVRE

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

NE GÊNE PAS

GÊNE
COMPLÈTEMENT

RELATION AVEC LES AUTRES

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

NE GÊNE PAS

GÊNE
COMPLÈTEMENT



Clinique des Augustines

4, faubourg Saint-Michel
56140 Malestroit

Tél. 02 97 73 18 00
contact@ghsa.fr

www.cliniquedesaugustines.fr