

Identificatie klever

RIZIV ERKEND REFERENTIECENTRUM WEST-VLAANDEREN
 Identificatienummer: 7.89.605.72

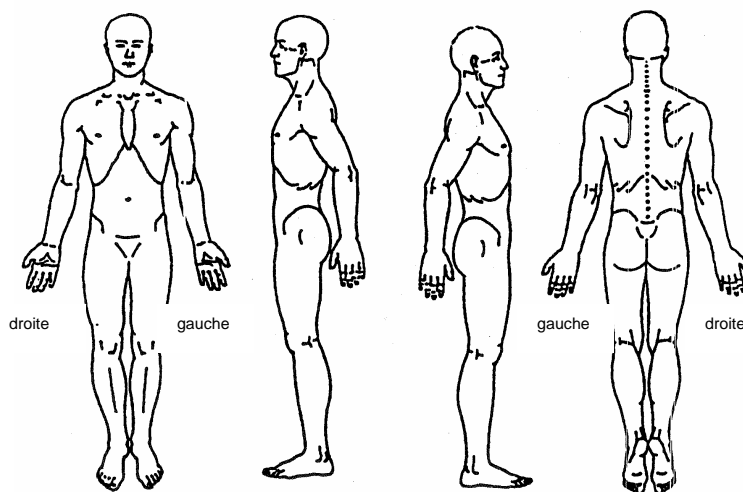
BREF QUESTIONNAIRE DE LA DOULEUR

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 <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.