



REDO (Réseau Douleur de l'Ouest)  
23/03/2007

## Questionnaire CLUD

### I - Etat des lieux

**Etablissement :**

CHU     CH     Hôpital Local     PS/PH     Clinique     CAC     HAD     Maison de retraite     Autres

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Ville : \_\_\_\_\_

**Président du CLUD :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

**Vice Président du CLUD :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

### Composition de votre CLUD

NOM	PRENOM	FONCTION

Nombre de réunions/ an : \_\_\_\_\_

Nombre de participants en moyenne : \_\_\_\_\_

Dans votre établissement y a-t-il

❶ Une structure douleur :  OUI  NON

Si oui,  Consultation

Unité

Centre

② Personne ressource :

Nombre : \_\_\_\_\_ Temps consacré/mois/total : \_\_\_\_\_

Missions :

-  
-  
-  
-

③ Référents douleur OUI NON

Par service

Par pôle ou département

Nombre total de l'établissement : \_\_\_\_\_

## II - Actions conduites par le CLUD

### A – Information patient

Dans le livret d'accueil :  OUI  NON

Questionnaire de sortie :  OUI  NON

Si oui, % de réponses par rapport au nombre d'hospitalisés : \_\_\_\_\_ %

### B – Formation

#### ① Intra établissement

Médecins  IDE  AS/ASH  Autres préciser \_\_\_\_\_

**② Spécifique**

- Protoxyde d'Azote       Douleurs induites       Autres

**C – Protocoles – Procédures**

- ① Elaboration**       Spécifiques       Médecins  
 IDE  
 AS/ASH  
 Autres

**② Diffusion**

- Générale à l'établissement  
 A chaque département ou pôle  
 A chaque service

Existe-t-il un cahier douleur       OUI       NON

Si oui,

- Par département ou pôle  
 Par service

**D – Evaluation**

	<b>Systematique</b>	<b>A la demande</b>	<b>Non systematique</b>
<b>①</b> De la douleur du patient à l'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>②</b> De l'application des protocoles dans les services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

③ Existe-t-il une cible douleur dans le dossier soins

OUI       NON

④ Des pratiques professionnelles

OUI       NON

Si oui,

Staff pluridisciplinaires formalisés

Utilisation de référentiels validés

### E – Information intra établissement

☞ Communication des comptes-rendus du CLUD au personnel de l'établissement  OUI       NON

Systematique  OUI       NON

☞ Bilan annuel présenté chaque année à la CME  OUI       NON

☞ Existe-t-il une lettre du CLUD diffusée  OUI       NON

Si oui  par service

par département ou pôle

## III - BILAN

❖ Travaux effectués

Formation intra

Protocoles

Autres

## IV - Projets

❖ Travaux en cours

❖ Travaux prévus

## V - Vos attentes

Qu'attendez-vous de la journée INTERCLUD

1°)

2°)

3°)

Adhésion REDO – Membres du CLUD adhérents au REDO : Nombre \_\_\_\_\_

Ce document peut être retrouvé sur le site du REDO : <http://www.reseaudouleuouest.com/>

Ce document est à transmettre de préférence par mail à votre correspondant départemental du REDO **avant le 27 février** (Coordonnées ci-contre)

**Loire Atlantique**

[s-robard@nantes.fnclcc.fr](mailto:s-robard@nantes.fnclcc.fr)

**Maine et Loire**

[doctamalou@yahoo.fr](mailto:doctamalou@yahoo.fr)

**Mayenne**

[m.nouri@free.fr](mailto:m.nouri@free.fr)

**Sarthe**

[Resodouleursarthe@wanadoo.fr](mailto:Resodouleursarthe@wanadoo.fr)

**Vendée**

[hugues.agres@chd-vendee.fr](mailto:hugues.agres@chd-vendee.fr)