



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

① 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

	Systematique	A la demande	Non systematique
① De la douleur du patient à l'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 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

Maine et Loire

doctamalou@yahoo.fr

Mayenne

m.nouri@free.fr

Sarthe

Resodouleursarthe@wanadoo.fr

Vendée

hugues.agres@chd-vendee.fr