

CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE LA ROCHE SUR YON
Comité de LUtte contre la Douleur (C.L.U.D.)
ENQUETE DE PREVALENCE AUPRES DU PATIENT
CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

I – SEXE

Féminin 1Masculin 2

II – AGE

--	--

III – LA PERSONNE PEUT-ELLE S'EXPRIMER ?

Oui 1Non 2

Si non, il existe un problème

Etat clinique 1Linguistique 2Refus 3Autre 4 Précisez

IV – JOURNEE(S) D'HOSPITALISATION

J

--	--

J 1 = jour d'arrivée à l'hôpital

V – AVEZ-VOUS SUBI UNE INTERVENTION CHIRURGICALE POUR LE SEJOUR ACTUEL ?

Oui 1Non 2

Si oui, date de l'intervention la plus récente dans le séjour

Jour	Mois	Année

VI – AVEZ-VOUS ETE HOSPITALISE POUR DOULEUR ?

Oui 1Non 2

VII – A L'ENTREE, RESSENTIEZ-VOUS UNE DOULEUR ?

Oui 1Non 2

Si oui, notez l'intensité de la douleur (score E.V.A.)

--	--

Non applicable

VIII – DEPUIS HIER APRES-MIDI, AVEZ-VOUS RESSENTI UNE DOULEUR ?

Oui 1Non 2

Si oui, notez l'intensité de la douleur (score E.V.A.)

--	--

Non applicable

Si vous n'avez pas souffert durant votre hospitalisation, nous vous remercions ici de votre participation.

Si vous avez souffert, quelles que soient l'intensité et la durée de la douleur, nous vous remercions de poursuivre le questionnaire.

TSVP 

CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE LA ROCHE SUR YON
Comité de Lutte contre la Douleur (C.L.U.D.)
ENQUETE DE PREVALENCE AUPRES DU PATIENT
CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

IX-1 – S'AGISSAIT-IL D'UNE DOULEUR PENDANT UNE PERIODE APRES UNE INTERVENTION CHIRURGICALE ?

Oui 1 Non 2

SI OUI,

IX-2 – A QUEL MOMENT LA DOULEUR A-T-ELLE ETE MAXIMALE ?

Le 1^{er} jour 1 La 1^{ère} nuit 2 Les jours ou les nuits suivants 3

IX-3 – LA DOULEUR ETAIT-ELLE PERMANENTE ?

Oui 1 Non 2

IX-4 – PRECISEZ SI NECESSAIRE, LES CIRCONSTANCES D'APPARITION DE LA DOULEUR

Soins 1 Toilette 2 Examens 3 Mobilisation (au cours de mouvements) 4

Autre 5 Précisez

SI NON,

IX-2 – S'AGISSAIT-IL

Du 1^{er} jour d'hospitalisation 1 De la 1^{ère} nuit d'hospitalisation 2 Des jours ou des nuits suivants 3

X – AVEZ-VOUS FORMULE UNE DEMANDE POUR CALMER CETTE DOULEUR AUPRES DE L'EQUIPE SOIGNANTE ?

Oui 1 Non 2

Si non, pourquoi ?

XI – COMMENT A-T-ON EVALUE VOTRE DOULEUR ?

A l'aide d'une réglette 1 A l'aide d'une discussion 2 Autre 3 Précisez

XII – ETES-VOUS SATISFAIT DES MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR SOULAGER VOTRE DOULEUR ?

Pas du tout 1 Un peu 2 Beaucoup 3 Totalement 4

XIII – QUANTIFIEZ GLOBALEMENT VOTRE SOULAGEMENT SUR L'ENSEMBLE DE VOTRE HOSPITALISATION

Pas de soulagement Soulagement complet

XIV – ETES-VOUS SATISFAIT DE L'INFORMATION QUE VOUS AVEZ RECUE SUR VOTRE CAS CONCERNANT LA DOULEUR PENDANT VOTRE HOSPITALISATION ?

Oui 1 Non 2

Si non, pourquoi ?

NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR REPONDU A CE QUESTIONNAIRE.