

FICHE EVALUATION DOULEUR

<u>Etiquette patient :</u>	<u>Date :</u>
----------------------------	---------------

équipe de coordination infirmière médecin traitant autre, précisez :

ECHELLES UTILISEES

- EVA réglette
- EN 0 à 10 **0** : pas de douleur **10** : douleur maximale imaginable
- EVS **0** : Absente **1** : faible **2** : modérée **3** : intense **4** : extrêmement intense
- ALGO PLUS (si trouble de la communication verbale)

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aigue chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale.

ALGOPLUS

	oui	non
1- <u>Visage</u> : Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <u>Regard</u> : Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <u>Plaintes orales</u> : "Aïe", "Ouille", "j'ai mal", gémissements, cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <u>Corps</u> : retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <u>Comportements</u> : Agitation ou agressivité, agrippement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Essai thérapeutique conseillé si le total de "oui" est > à 2
Total OUI/5

INTENSITE DE LA DOULEUR

Douleur à l'instant présent :

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

Pas de douleur

Douleur
maximale imaginable

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

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

Pas de douleur

Douleur
maximale imaginable

Nombre d'accès douloureux dans la journée en dehors des soins et de la toilette :

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

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

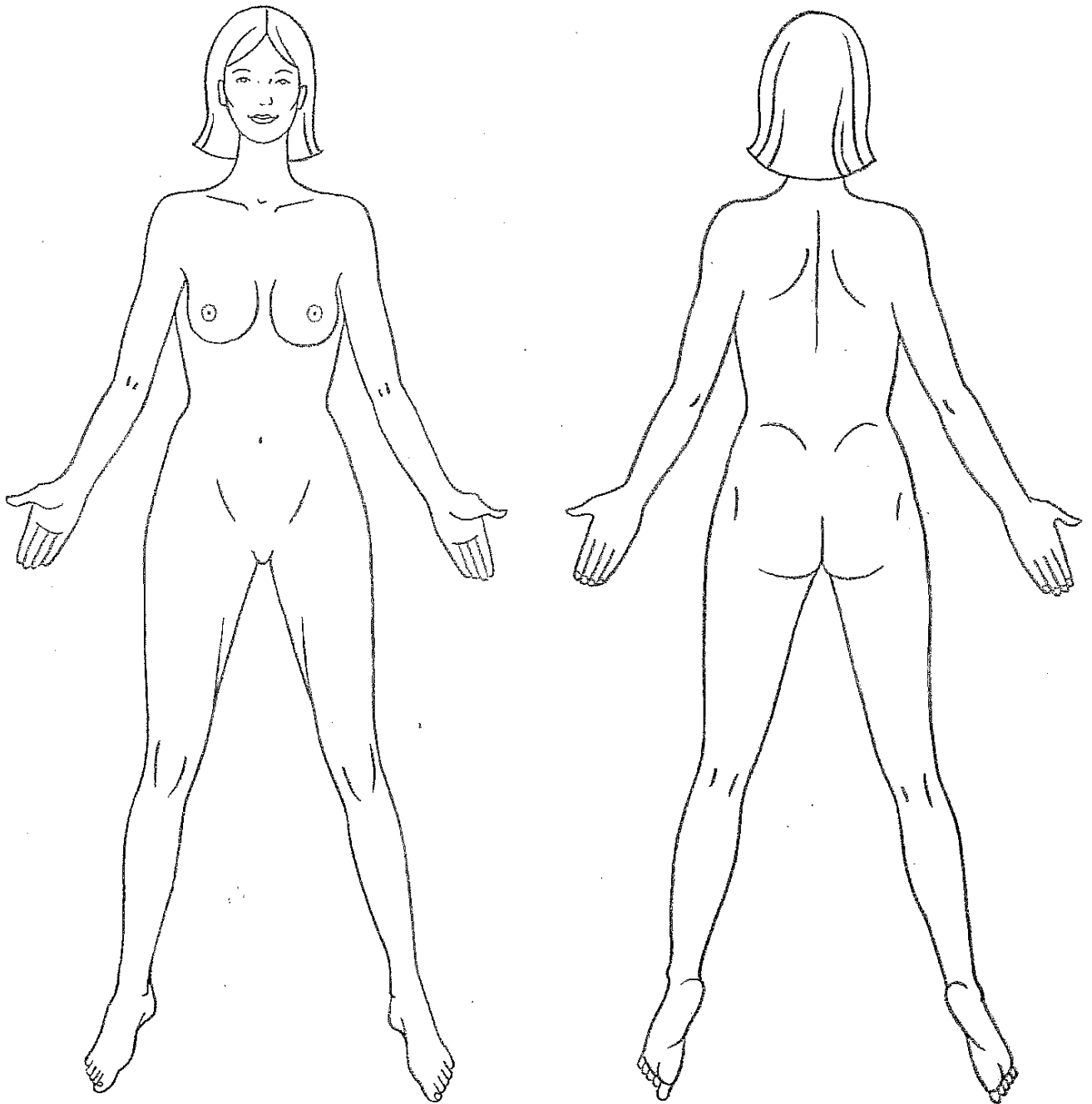
Pas de douleur

Douleur
maximale imaginable

Nombre de réveils nocturnes dus à la douleur :

Douleur induite par les soins ou la toilette quelle que soit son intensité : oui non

**LOCALISEZ SUR CE SCHEMA
LES POINTS OU LES ZONES DOULOUREUSES**



	0 : absente non	1 : faible un peu	2 : modéré modérément	3 : fort beaucoup	4 : extrêmementfort extrêmement
Elancement					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étai					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					
Autre :.....					

Réf : QDSA simplifié Anaes

QUESTIONNAIRE DN4 :

un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item de 4 questions ci-dessous par "oui" ou "non".

Question 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1- Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	OUI	NON
4- Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8-Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	OUI	NON
10-Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point NON = 0 point

Score du patient :/10

Réf : Bauhassira Detal. Paris 204; 108 (3) : 248-57

Douleur aggravée par :	Douleur soulagée par :
Histoire et traitements antérieurs :	<p>Observance du traitement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non, Pourquoi ?..... Effets indésirables : Si non, Lesquels ?..... </p>
Commentaires :	
Conclusion de l'évaluation douleur :	