

SVP encercler le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez présentement

Aucune douleur **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** La pire douleur possible

Aucune fatigue **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** La pire fatigue possible
(fatigue = manque d'énergie)

Aucune somnolence **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** La pire somnolence possible
(somnolence = se sentir endormi)

Aucune nausée **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** La pire nausée possible
(envie de vomir)

Aucun manque d'appétit **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** Le pire manque d'appétit possible

Aucun essoufflement **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** Le pire essoufflement possible

Aucune dépression **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** La pire dépression possible
(dépression = tristesse)

Aucune anxiété **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** La pire anxiété possible
(anxiété= se sentir nerveux)

Meilleure sensation de bien-être **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** Aucune sensation de bien-être
(bien-être = comment vous vous sentez en général)

Aucun(e): _____ **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** Le pire possible
Autre problème (par exemple: constipation)

Nom du patient _____

Date _____ Heure _____

Complété par (cochez un):

- Patient(e)
- Famille
- Professionnel de la santé
- Avec l'aide d'une personne soignante

Nous vous prions d'indiquer sur le dessin la place où vous avez mal.

