

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.

