

# 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 aiguë  
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

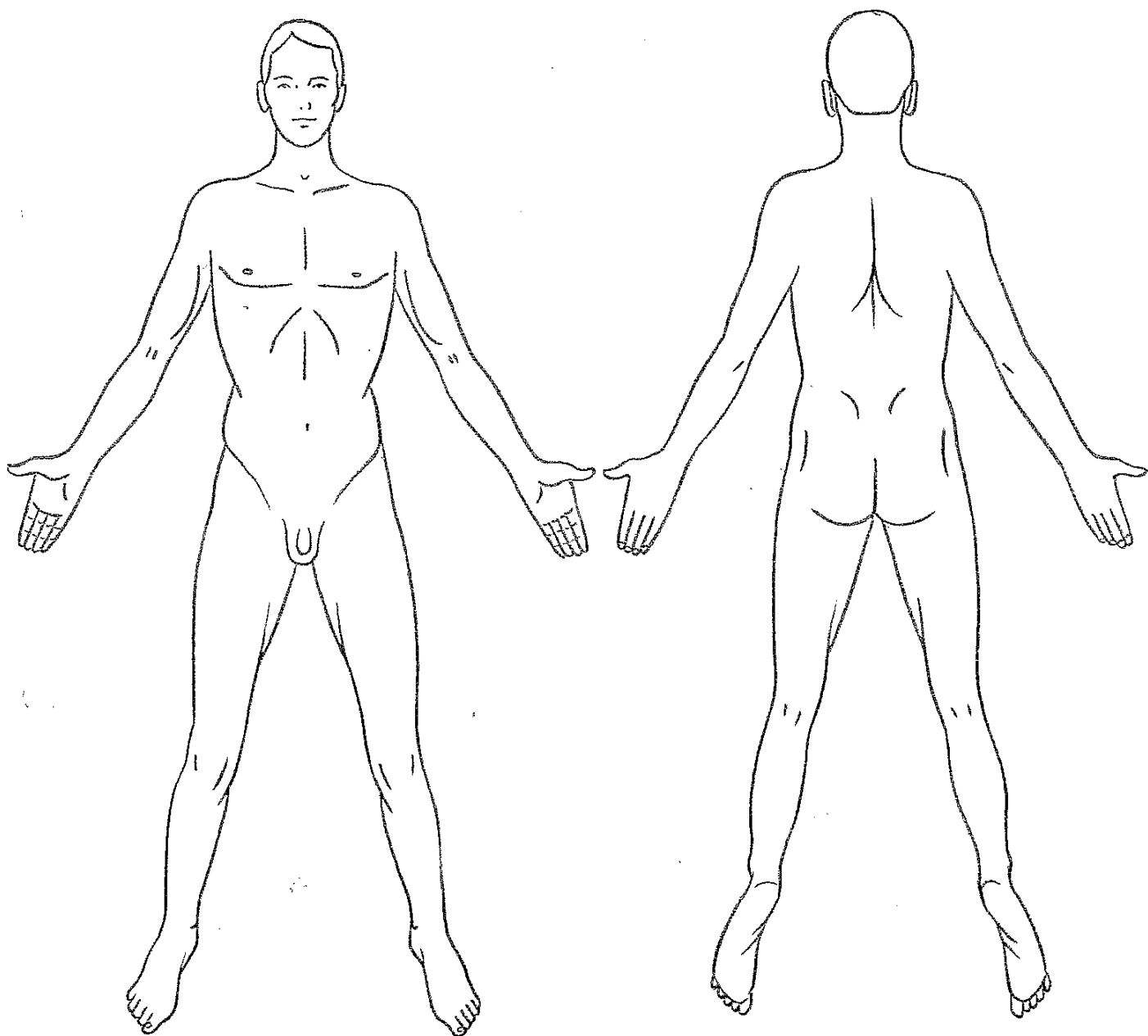
Douleur  
maximale imaginable

**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**



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

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 ?**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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 ?**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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 ?**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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 :**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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 ?.....  .....  .....  .....  .....</p> <p>Effets indésirables :  Si non,  Lesquels ?.....  .....  .....  .....  .....</p>
Commentaires :	
<b>Conclusion de l'évaluation douleur :</b>	