

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL Evaluation de la douleur, Expérience Patient et Regards croisés

A renseigner par le(s) enquêteur(s) pour chaque patient – personne accompagnée

Secteur :	1. Sanitaire 2. Médico-social
Tranche d'âge (obligatoire) :	<input type="checkbox"/> de 15 à 25 ans <input type="checkbox"/> de 26 à 45 ans <input type="checkbox"/> de 46 à 65 ans <input type="checkbox"/> de 66 à 85 ans <input type="checkbox"/> 86 ans et plus
Capacité à autoévaluer sa douleur et à répondre aux questions :	1. Oui : autoévaluation 2. Non : hétéroévaluation <i>passer directement à l'hétéroévaluation de la douleur (III) et aux remarques (12)</i>

I. Questions au patient (sanitaire)

1. Etes-vous hospitalisé pour des douleurs physiques ?	1. Oui 2. Non
Avez-vous un problème de santé qui vous cause des douleurs depuis plus de 3 mois ? (Douleur chronique)	1. Oui 2. Non
Depuis votre admission, les soignants vous encouragent-ils à signaler vos douleurs ?	1. Oui 2. Non
Depuis votre admission, les soignants vous proposent-ils un traitement avant des soins qui pourraient être douloureux ? (Prévention des douleurs induites par les soins : mobilisation, nursing, rééducation, pansements, etc.)	1. Oui 2. Non

II. Questions à la personne accompagnée (médico-social)

1. Avez-vous un problème de santé qui vous cause des douleurs depuis plus de 3 mois ? (Douleur chronique)	1. Oui 2. Non
2. Le médecin ou les soignants vous encouragent-ils à signaler vos douleurs ?	1. Oui 2. Non
Le médecin ou les soignants vous proposent-ils un traitement avant des soins qui pourraient être douloureux ? (Prévention des douleurs induites par les soins : mobilisation, nursing, rééducation, pansements, etc.)	1. Oui 2. Non

III. Evaluation de la douleur

A évaluer selon l'échelle d'évaluation préconisée dans la fiche d'inclusion et avec la grille de correspondance des échelles douleur définie par l'établissement

4- Echelle utilisée	Nom de l'échelle :
5- A quel niveau de douleur vous évaluez vous ? (1 réponse possible, obligatoire)	<input type="checkbox"/> Douleur absente ou très faible <input type="checkbox"/> Douleur modérée <input type="checkbox"/> Douleur intense

S'il s'agit d'une hétéroévaluation, passer directement à la question 12.

Si le patient ou la personne accompagnée s'évalue « Douleur absente ou très faible », passer directement à la question 10

IV Questions patient ou personne accompagnée (sanitaire et médico-social)

6. Cette douleur physique a-t-elle des retentissements :	
sur votre humeur ?	1. Oui 2. Non 3. NSP
sur votre mobilité ?	1. Oui 2. Non 3. NSP
sur votre activité ?	1. Oui 2. Non 3. NSP
sur vos relations ?	1. Oui 2. Non 3. NSP
sur votre sommeil ?	1. Oui 2. Non 3. NSP
sur votre appétit ?	1. Oui 2. Non 3. NSP
sur votre moral ?	1. Oui 2. Non 3. NSP
7. Quelles solutions sont mises en œuvre pour soulager votre douleur ?	1. Aucune 2. Traitement médicamenteux 3. Masseuse-kinésithérapeute, ostéopathe 4. Soutien psychologique 5. Autre (précisez) :
8. Globalement, dans quel délai ces solutions ont-elles été mises en œuvre ? (Uniquement si réponses 2, 3, 4, 5 à la question 7)	1. Immédiatement 2. Après une attente acceptable 3. Tardivement 4. Jamais
9. Globalement, quel niveau de soulagement ces solutions vous ont-elles apportées ? (Uniquement si réponses 2, 3, 4, 5 à la question 7)	1. Nul 2. Faible 3. Modéré 4. Important 5. Total

10. Ces derniers jours ...

Vous a-t-on demandé si vous aviez mal ?	1. Oui	2. Non	3. NSP	
A-t-on évalué votre douleur (réglette ou autre moyen) ?	1. Oui	2. Non	3. NSP	
Avez-vous pu parler de votre douleur à un professionnel ?	1. Oui	2. Non	3. NSP	4. Non Concerné
Vous êtes-vous senti écouté(e) ?	1. Oui	2. Non	3. NSP	4. Non Concerné
Avez-vous pu trouver les réponses à vos questions concernant la douleur ?	1. Oui	2. Non	3. NSP	4. Non Concerné
Avez-vous pu obtenir une aide des professionnels, pour les gestes du quotidien en cas de douleur ?	1. Oui	2. Non	3. NSP	4. Non Concerné

11. Quelle est globalement votre satisfaction quant à la prise en charge de votre douleur ?

1. Tout à fait satisfait
2. Satisfait
3. Peu satisfait
4. Pas du tout satisfait

12. Avez-vous des commentaires ou des suggestions à faire ?

.....

.....

.....

.....



V. Dossier du patient ou de la personne accompagnée

A renseigner par l'enquêteur soignant (médecin ou cadre ou IDE) sur consultation impérative du dossier :

13. Date de la dernière évaluation de la douleur tracée dans le dossier du patient ou de la personne accompagnée ? jj/mm/aaaa <input type="checkbox"/> Date non précisée <input type="checkbox"/> Aucune évaluation retrouvée
14. La prescription d'un traitement antalgique (médicamenteux ou autre) est tracée dans le dossier du patient ou de la personne accompagnée ?	1. Oui 2. Non
15. Cette prescription ou une autre est-elle une prescription anticipée personnalisée « si besoin » ?	1. Oui 2. Non
15b Si oui, le niveau de douleur sur une échelle donnée qui déclenche l'administration, est précisé ?	1. Oui 2. Non

VI. Perception de la douleur par les professionnels

16. Perception par le professionnel de proximité (AS, AES, socio-éducatif...) : Le patient ou la personne accompagnée est douloureux ? Le patient ou la personne accompagnée a un traitement antalgique (médicamenteux ou autre) ?	1. Oui 2. Non 3. Non répondu 1. Oui 2. Non 3. Non répondu
17. Perception par l'INFIRMIER-E : Le patient ou la personne accompagnée est douloureux ? Le patient ou la personne accompagnée a un traitement antalgique (médicamenteux ou autre) ?	1. Oui 2. Non 3. Non répondu 1. Oui 2. Non 3. Non répondu
18. Perception par le MÉDECIN : Le patient ou la personne accompagnée est douloureux ? Le patient ou la personne accompagnée a un traitement antalgique (médicamenteux ou autre) ?	1. Oui 2. Non 3. Non répondu 1. Oui 2. Non 3. Non répondu