

## 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
<b>Tranche d'âge (obligatoire) :</b>	<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	
<b>Capacité à autoévaluer sa douleur et à répondre aux questions :</b>	<b>1. Oui : autoévaluation</b> <b>2. Non : hétéroévaluation</b> passer directement à l'hétéroévaluation de la douleur (III) et aux remarques (12)	

### I. Questions au patient (sanitaire)

1. Etes-vous hospitalisé pour des douleurs physiques ?	1. Oui	2. Non
2. Avez-vous un problème de santé qui vous cause des douleurs depuis plus de 3 mois ? (Douleur chronique)	1. Oui	2. Non
3a. Depuis votre admission, les soignants vous encouragent-ils à signaler vos douleurs ?	1. Oui	2. Non
3b. 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
3. 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 : .....
<b>5- A quel niveau de douleur vous évaluez vous ?</b> <b>(1 réponse possible, obligatoire)</b>	<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)

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

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

## VI. Perception de la douleur par les professionnels

<b>16. Perception par le professionnel de proximité (AS, AES, socio-éducatif...) :</b>  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 répondre  1. Oui      2. Non      3. Non répondre
<b>17. Perception par l'INFIRMIER-E :</b>  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 répondre  1. Oui      2. Non      3. Non répondre
<b>18. Perception par le MÉDECIN :</b>  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 répondre  1. Oui      2. Non      3. Non répondre