

▶ Questionnaire sur la douleur

En répondant à ce questionnaire, vous pouvez contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la douleur. (Questionnaire anonyme)

Votre satisfaction sur la prise en charge de la douleur

Votre âge :

Votre sexe :

Votre intervention :

Votre chirurgien :

Êtes-vous arrivé en urgence :

OUI

NON

Avez-vous souffert pendant votre séjour à la Clinique ?

Pas du tout

Beaucoup

Un peu

Énormément

À quel moment la douleur a-t-elle été maximale ?

Avant l'intervention

En salle de réveil

Le 1^{er} jour postopératoire dans le service

La 1^{ère} nuit postopératoire

Le lendemain de l'intervention

Pendant votre séjour, combien de fois est-on venu s'inquiéter de votre douleur ?

Aucune

1 fois

1 à 5 fois

plus de 5 fois

Si vous avez souffert, la douleur était-elle présente :

En permanence

Plusieurs fois en 24h

Une seule fois par 24h

Si vous avez souffert, avez-vous formulé une demande pour calmer cette douleur auprès de l'équipe soignante ?

OUI

NON

Pensez-vous que tout a été fait pour calmer votre douleur ?

Pas du tout

Un peu

Presque tout

Tout

Êtes-vous satisfait(e) du traitement de votre douleur lors de votre séjour ?

Pas du tout satisfait(e)

Assez satisfait(e)

Satisfait(e)

Très satisfait(e)

Date :/...../.....