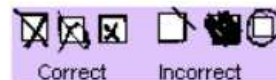


En répondant à ce questionnaire, vous pouvez contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la douleur



QUELQUES RENSEIGNEMENTS

Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?

- < 14 ans 40 à 54 ans
 15 à 19 ans 55 à 64 ans
 20 à 24 ans 65 ans ou plus
 25 à 39 ans

Etes-vous...

- Un homme Une femme

Etes-vous arrivé(e) en urgence ?

- Oui Non

Votre Intervention : _____

Chirurgien/Médecin _____

Date d'entrée _____ Chambre n° _____

NOM (facultatif) : _____

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Avez-vous souffert pendant votre séjour ?

- Pas du tout Un peu Beaucoup Enormément

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

- Avant l'intervention La 1ère nuit postopératoire
 En salle de réveil/SSPI Le lendemain de l'intervention
 Le 1er jour postopératoire dans le service Autre

Si 'Autre' précisez : _____

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 24 h Une seule fois par 24 h

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

Etes-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)

