



Questionnaire no : 1

CAMPAGNE : « VERS UN MILIEU DE VIE SANS DOULEUR »

Questionnaire équipe soignante (1 fiche par résidant)

Enquête Jour J₀ Code :
NOM : Prénom :
Age : Sexe :
Date d'entrée dans l'Institution : (Jour-mois-année)

1. Pathologie : • Cancer • Autre • Ne sait pas

2. Question sur la douleur (au moment de l'enquête) :

En ce moment, pensez-vous que ce patient a mal ?

Matin : Oui Non Ne sait pas

Soir : Oui Non Ne sait pas

3. Ce patient reçoit-il un traitement antalgique ? Oui Non

4. Si oui, lequel ?

5. Reçoit-il un autre traitement ? Oui Non

(antidépresseur, anxiolytique, neuroleptique, et coronariens, protection gastrique)

Nom commercial	Posologie journalière (nbre de comprimés ou ml + dosage	Mode d'administration	Horaires précis d'administration

Réserve

Réserve

N.B. Les médicaments en "Res" sont pris à quelles fréquences, précisez, svp.

1x/jour = régulièrement // 1-2x/semaine = souvent // 1-2x/mois = rarement