



## PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR



LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR EST NOTRE PRIORITE, VOTRE AVIS NOUS EST INDISPENSABLE

En remplissant ce questionnaire, vous contribuerez à l'amélioration constante de la prise en charge de la douleur à la clinique

Date : \_\_\_\_\_ Dans quel service avez-vous été hospitalisé(e) ?  3ème étage  Ambulatoire

Votre âge :  Moins de 15 ans  De 16 à 69 ans  70 ans et plus      Votre sexe :  Féminin  Masculin

**Avez-vous souffert pendant votre hospitalisation ?**

Pas du tout  Un peu  Beaucoup

**Etes-vous satisfait(e) de l'information que l'on vous a donnée pendant votre hospitalisation concernant la prise en charge de la douleur ?**

Pas du tout satisfait(e)  Assez satisfait(e)  Satisfait(e)  Très satisfait(e)

**Si vous avez souffert, à quel moment la douleur a-t-elle été maximale ?**

Avant l'intervention  Au réveil de l'intervention  
 Après votre retour en chambre  Le lendemain de l'intervention  
 Le surlendemain de l'intervention

**Combien de fois l'équipe soignante vous a-t-elle posé des questions sur 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 sur 24 heures  Une seule fois par 24 heures

**Pensez-vous que l'on ait fait tout ce qui était possible pour calmer votre douleur ?**

Pas du tout  Un peu  Presque tout  Tout

**Etes-vous satisfait(e) du traitement de votre douleur durant votre séjour ?**

Pas du tout satisfait(e)  Peu satisfait(e)  Satisfait(e)

**Commentaires :**

