

# Questionnaire concis sur la douleur (BPI)

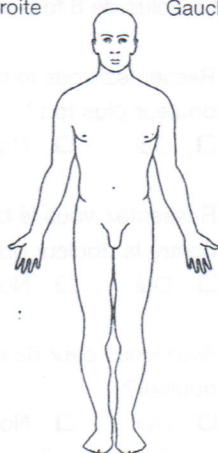
Nom du patient : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

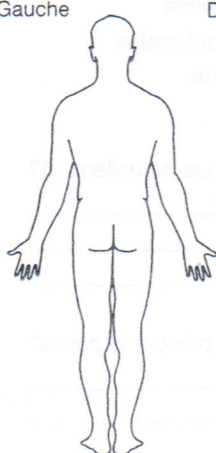
1. Au cours d'une vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs de temps à autre (maux de tête, douleurs liées à des entorses, rage de dents, etc.). Durant la dernière semaine, avez-vous ressenti une douleur autre que ces types de douleur courants?

Oui  Non

Droite Gauche



Gauche Droite



2. Sur le diagramme ci-dessus, ombrez les endroits où vous ressentez une douleur. Mettez un « X » sur l'endroit où vous souffrez le plus.

3. Veuillez entourer le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus intense** que vous avez ressentie au cours de la dernière semaine.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Aucune douleur La pire douleur imaginable

4. Veuillez entourer le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus faible** que vous avez ressentie au cours de la dernière semaine.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Aucune douleur La pire douleur imaginable

5. Veuillez entourer le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Aucune douleur La pire douleur imaginable

6. Veuillez entourer le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Aucune douleur La pire douleur imaginable

7. Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, au cours de la dernière semaine, votre douleur a interféré avec votre :

**A. Activité générale**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
N'a pas interféré A complètement interféré

**B. Humeur**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
N'a pas interféré A complètement interféré

**C. Capacité à marcher**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
N'a pas interféré A complètement interféré

**D. Travail habituel** (comprend le travail à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
N'a pas interféré A complètement interféré

**E. Relation avec les autres**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
N'a pas interféré A complètement interféré

**F. Sommeil**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
N'a pas interféré A complètement interféré

**G. Goût de vivre**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
N'a pas interféré A complètement interféré