

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

Heure : \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
(hh : mm)

**Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation**

- Médecin <sub>1</sub>  
 IDE <sub>2</sub>  
 AS <sub>3</sub>  
 Etudiant <sub>4</sub>

	Au repos		Lors des mouvements ou des soins	
	oui	non	oui	non
<b>1 – Visage:</b> <i>Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé</i>				
<b>2 – Regard:</b> <i>Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés</i>				
<b>3 – Plaintes orales:</b> <i>« Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris</i>				
<b>4 – Corps:</b> <i>Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées</i>				
<b>5 – Comportements:</b> <i>Agitation ou agressivité, agrippement</i>				

Total Oui \_\_\_\_ / 5

Total Oui \_\_\_\_ / 5

Différence entre Oui au repos d'une part et lors des mouvements et des soins d'autre part \_\_\_\_ / 5