

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES	INTERNATIONAL SPINAL CORD INJURY DATA SET Observation internationale standardisée de la lésion médullaire		UIC 20 Médecine Physique et Réadaptation
	N°15	PAIN Douleur	

Type de visite: <input type="checkbox"/> ADMISSION <input type="checkbox"/> DISCHARGE <input type="checkbox"/> M6 <input type="checkbox"/> 1A <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 4A <input type="checkbox"/> 5A	Date du recueil : _ _ / _ _ / _ _ _ _
---	---

Avez-vous eu des douleurs durant ces 7 derniers jours y compris aujourd'hui ?

Non Oui

Si Oui, merci de noter que la période des 7 derniers jours s'applique sur tous les items d'interférence

En général, quel retentissement votre douleur a-t-elle eu dans vos activités quotidiennes cette dernière semaine ?

Aucun impact 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Impact maximum

En général, quel retentissement votre douleur a-t-elle eu sur votre humeur cette dernière semaine ?

Aucun impact 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Impact maximum

En général, quel retentissement votre douleur a-t-elle eu sur votre sommeil cette dernière semaine ?

Aucun impact 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Impact maximum

Si oui, combien de types de douleurs différentes avez-vous ressenties ?

1 2 3 4 ≥ 5

	INTERNATIONAL SPINAL CORD INJURY DATA SET Observation internationale standardisée de la lésion médullaire		UIC 20 Médecine Physique et Réadaptation
	N°15	PAIN Douleur	

Merci de décrire ci-dessous les trois douleurs les plus importantes que vous ressentez:

Douleur la plus importante

Localisation(s) de la douleur (<i>parfois plus d'une, cochez toutes les cases qui s'appliquent à droite (D), au milieu (M) ou à gauche G</i>)	D	M	G	Type de douleur Intensité Date de début Traitement
Tête				Type de douleur (cocher un type) : <input type="checkbox"/> Nociceptive ○ Musculosquelettique ○ Viscérale ○ Autre <input type="checkbox"/> Neuropathique ○ Lésionnelle ○ Sous lésionnelle ○ Autre <input type="checkbox"/> Autre : Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Inconnu Intensité moyenne de la douleur au cours de la dernière semaine (0 = Aucune douleur ; 10= Pire douleur imaginable) <input type="checkbox"/> 0 ; <input type="checkbox"/> 1 ; <input type="checkbox"/> 2 ; <input type="checkbox"/> 3 ; <input type="checkbox"/> 4 ; <input type="checkbox"/> 5 ; <input type="checkbox"/> 6 ; <input type="checkbox"/> 7 ; <input type="checkbox"/> 8 ; <input type="checkbox"/> 9 ; <input type="checkbox"/> 10 Date de début de la douleur: _ _ / _ _ / _ _ _ _
Cou/épaules				
Gorge				
Nuque				
Epaule				
Bras/Mains				
Bras				
Coude				
Avant-bras				
Poignet				
Main/doigts				
Torse/ Organes génitaux				
Thorax				
Abdomen				
Pelvis/organes génitaux				
Dos				
Haut du dos				
Bas du dos				
Fesses/hanches				
Fesses				
Hanches				
Anus				
Membre inférieur non déterminé				
Haut des jambes/Cuisses				
Bas des jambes/ Pieds :				
Genou				
Tibia				
Mollet				
Cheville				
Pied/orteils				

	INTERNATIONAL SPINAL CORD INJURY DATA SET Observation internationale standardisée de la lésion médullaire		UIC 20 Médecine Physique et Réadaptation
	N°15	PAIN Douleur	

Deuxième douleur la plus importante

Localisation(s) de la douleur (<i>parfois plus d'une, cochez toutes les cases qui s'appliquent à droit D, au milieu M ou à gauche G</i>)	D	M	G	Type de douleur Intensité Date de début Traitement
Tête				Type de douleur (cocher un type) : <input type="checkbox"/> Nociceptive <input type="radio"/> Musculosquelettique <input type="radio"/> Viscérale <input type="radio"/> Autre <input type="checkbox"/> Neuropathique <input type="radio"/> Lésionnelle <input type="radio"/> Sous lésionnelle <input type="radio"/> Autre <input type="checkbox"/> Autre : Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Inconnu Intensité moyenne de la douleur au cours de la dernière semaine (0 = Aucune douleur ; 10= Pire douleur imaginable) <input type="checkbox"/> 0 ; <input type="checkbox"/> 1 ; <input type="checkbox"/> 2 ; <input type="checkbox"/> 3 ; <input type="checkbox"/> 4 ; <input type="checkbox"/> 5 ; <input type="checkbox"/> 6 ; <input type="checkbox"/> 7 ; <input type="checkbox"/> 8 ; <input type="checkbox"/> 9 ; <input type="checkbox"/> 10 Date de début de la douleur: _ _ / _ _ / _ _ _ _
Cou/épaules				
Gorge				
Nuque				
Epaule				
Bras/Mains				
Bras				
Coude				
Avant-bras				
Poignet				
Main/doigts				
Torse/ Organes génitaux				
Thorax				
Abdomen				
Pelvis/organes génitaux				
Dos				
Haut du dos				
Bas du dos				
Fesses/hanches				
Fesses				
Hanches				
Anus				
Membre inférieur non déterminé				
Haut des jambes/Cuisses				
Bas des jambes/ Pieds :				
Genou				
Tibia				
Mollet				
Cheville				
Pied/orteils				

	INTERNATIONAL SPINAL CORD INJURY DATA SET Observation internationale standardisée de la lésion médullaire		UIC 20 Médecine Physique et Réadaptation
	N°15	PAIN Douleur	

Troisième douleur la plus importante

Localisation(s) de la douleur (<i>parfois plus d'une, cochez toutes les cases qui s'appliquent à droit D, au milieu M ou à gauche G</i>)	D	M	G	Type de douleur Intensité Date de début Traitement
Tête				Type de douleur (cocher un type) : <input type="checkbox"/> Nociceptive <input type="radio"/> Musculosquelettique <input type="radio"/> Viscérale <input type="radio"/> Autre <input type="checkbox"/> Neuropathique <input type="radio"/> Lésionnelle <input type="radio"/> Sous lésionnelle <input type="radio"/> Autre <input type="checkbox"/> Autre : Précisez : _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Inconnu Intensité moyenne de la douleur au cours de la dernière semaine (0 = Aucune douleur ; 10= Pire douleur imaginable) <input type="checkbox"/> 0 ; <input type="checkbox"/> 1 ; <input type="checkbox"/> 2 ; <input type="checkbox"/> 3 ; <input type="checkbox"/> 4 ; <input type="checkbox"/> 5 ; <input type="checkbox"/> 6 ; <input type="checkbox"/> 7 ; <input type="checkbox"/> 8 ; <input type="checkbox"/> 9 ; <input type="checkbox"/> 10 Date de début de la douleur: _ _ / _ _ / _ _ _ _ Traitement de cette douleur : * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ; Précisez : _ _ _ _
Cou/épaules				
Gorge				
Nuque				
Epaule				
Bras/Mains				
Bras				
Coude				
Avant-bras				
Poignet				
Main/doigts				
Torse/ Organes génitaux				
Thorax				
Abdomen				
Pelvis/organes génitaux				
Dos				
Haut du dos				
Bas du dos				
Fesses/hanches				
Fesses				
Hanches				
Anus				
Membre inférieur non déterminé				
Haut des jambes/Cuisses				
Bas des jambes/ Pieds :				
Genou				
Tibia				
Mollet				
Cheville				
Pied/orteils				