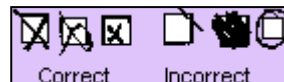




PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR



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 :

