

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

<b>Type de visite:</b> <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	<b>Date du recueil :</b>  _ _ / _ _ / _ _ _ _
---	---

**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

	<b>INTERNATIONAL SPINAL CORD INJURY DATA SET</b> Observation internationale standardisée de la lésion médullaire		UIC 20 Médecine Physique et Réadaptation
	<b>N°15</b>	<b>PAIN</b> 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
<b>Tête</b>				<b>Type de douleur (cocher un type) :</b>  <input type="checkbox"/> Nociceptive ○ Musculosquelettique ○ Viscérale ○ Autre  <input type="checkbox"/> Neuropathique ○ Lésionnelle ○ Sous lésionnelle ○ Autre  <input type="checkbox"/> Autre : Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Inconnu  <b>Intensité moyenne de la douleur</b> 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  <b>Date de début de la douleur:</b>  _ _ / _ _ / _ _ _ _
<b>Cou/épaules</b>				
Gorge				
Nuque				
Epaule				
<b>Bras/Mains</b>				
Bras				
Coude				
Avant-bras				
Poignet				
Main/doigts				
<b>Torse/ Organes génitaux</b>				
Thorax				
Abdomen				
Pelvis/organes génitaux				
<b>Dos</b>				
Haut du dos				
Bas du dos				
<b>Fesses/hanches</b>				
Fesses				
Hanches				
Anus				
<b>Membre inférieur non déterminé</b>				
<b>Haut des jambes/Cuisses</b>				
<b>Bas des jambes/ Pieds :</b>				
Genou				
Tibia				
Mollet				
Cheville				
Pied/orteils				

	<b>INTERNATIONAL SPINAL CORD INJURY DATA SET</b> Observation internationale standardisée de la lésion médullaire		UIC 20 Médecine Physique et Réadaptation
	<b>N°15</b>	<b>PAIN</b> 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
<b>Tête</b>				<b>Type de douleur (cocher un type) :</b>  <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  <b>Intensité moyenne de la douleur</b> 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  <b>Date de début de la douleur:</b>  _ _ / _ _ / _ _ _ _
<b>Cou/épaules</b>				
Gorge				
Nuque				
Epaule				
<b>Bras/Mains</b>				
Bras				
Coude				
Avant-bras				
Poignet				
Main/doigts				
<b>Torse/ Organes génitaux</b>				
Thorax				
Abdomen				
Pelvis/organes génitaux				
<b>Dos</b>				
Haut du dos				
Bas du dos				
<b>Fesses/hanches</b>				
Fesses				
Hanches				
Anus				
<b>Membre inférieur non déterminé</b>				
<b>Haut des jambes/Cuisses</b>				
<b>Bas des jambes/ Pieds :</b>				
Genou				
Tibia				
Mollet				
Cheville				
Pied/orteils				

	<b>INTERNATIONAL SPINAL CORD INJURY DATA SET</b> Observation internationale standardisée de la lésion médullaire		UIC 20 Médecine Physique et Réadaptation
	<b>N°15</b>	<b>PAIN</b> 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
<b>Tête</b>				<b>Type de douleur (cocher un type) :</b>  <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  <b>Intensité moyenne de la douleur</b> 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  <b>Date de début de la douleur:</b>  _ _  /  _ _  /  _ _ _ _   <b>Traitement de cette douleur : *</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ; Précisez : _ _ _ _
<b>Cou/épaules</b>				
Gorge				
Nuque				
Epaule				
<b>Bras/Mains</b>				
Bras				
Coude				
Avant-bras				
Poignet				
Main/doigts				
<b>Torse/ Organes génitaux</b>				
Thorax				
Abdomen				
Pelvis/organes génitaux				
<b>Dos</b>				
Haut du dos				
Bas du dos				
<b>Fesses/hanches</b>				
Fesses				
Hanches				
Anus				
<b>Membre inférieur non déterminé</b>				
<b>Haut des jambes/Cuisses</b>				
<b>Bas des jambes/ Pieds :</b>				
Genou				
Tibia				
Mollet				
Cheville				
Pied/orteils				