**SERVICE DE SOINS DE LONGUE DUREE DU CENTRE HOSPITALIER D’ALBI**

81013 ALBI Cedex 09 France

Identification du patient

**Date de l’évaluation de la douleur** : |\_\_\_|\_\_\_| / |\_\_\_|\_\_\_| / |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

 (JJ/MM/AAAA)

**Heure** : |\_\_\_|\_\_\_| : |\_\_\_|\_\_\_|

(hh : mm)

## Professionnel de santé ayant réalisé l’évaluation

Médecin ❑1

IDE ❑2

AS ❑3

 Etudiant ❑4

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

 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