

QUESTIONNAIRE SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Comité de Lutte Contre La Douleur

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement, nous vous demandons de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre aux questions suivantes. Nous vous remercions pour l'aide que vous nous apportez

Service : Date de votre séjour: du au

Nom (facultatif):

1) **Avez-vous reçu des documents d'information sur la prise en charge de la douleur ?**

Oui Non

2) **Si oui à quel(s) moment(s) (plusieurs réponses possibles) ?**

Consultation chirurgie Service des urgences

Consultation anesthésie Documentation en libre accès

Service d'hospitalisation Autre :

3) **Avez-vous reçu une information orale sur la prise en charge de la douleur ?**

Oui Non

4) **Si oui par qui (plusieurs réponses possibles) ?**

Médecin Infirmière

Chirurgien Autre :

5) **Ces informations ont-elles suffi à répondre à vos questions ?**

Oui Non

6) **Vous a-t-on demandé si vous aviez mal pendant votre séjour ?**

Oui, une fois Oui, plusieurs fois Non

7) **Avez-vous eu des douleurs pendant votre séjour ?**

Oui Non

8) **Comment jugez-vous que votre douleur ait été prise en charge?**

Immédiatement Rapidement

Avec un peu d'attente Avec une longue attente

9) **Le traitement vous a-t-il soulagé ?**

Oui Partiellement Non

10) **Avez-vous eu des effets secondaires lors du traitement de la douleur (plusieurs réponses possibles) ?**

Nausée ou vomissement Somnolence

Constipation Brûlures d'estomac

Démangeaisons ou allergie Autre :

11) **Avez-vous des suggestions ?**