

PARTIE A

Comment vous êtes-vous senti(e) durant les 24 dernières heures ?

(0 à 10, avec : 0 = à aucun moment [mauvais] et 10 = tout le temps [excellent])

- | | | | |
|---|----------------|------------------------|---------------|
| 1. capable de respirer facilement | à aucun moment | _____ | tout le temps |
| | | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| 2. capable d'apprécier les aliments | à aucun moment | _____ | tout le temps |
| | | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| 3. senti(e) reposé(e) | à aucun moment | _____ | tout le temps |
| | | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| 4. avoir bien dormi | à aucun moment | _____ | tout le temps |
| | | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| 5. capable de faire sans aide votre toilette et vos soins d'hygiène | à aucun moment | _____ | tout le temps |
| | | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| 6. capable de communiquer avec votre famille et vos amis | à aucun moment | _____ | tout le temps |
| | | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| 7. obtenir du soutien de la part des médecins et infirmières de l'hôpital | à aucun moment | _____ | tout le temps |
| | | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| 8. capable de reprendre votre travail ou vos tâches habituelles à la maison | à aucun moment | _____ | tout le temps |
| | | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| 9. se sentir confortable et maître de la situation | à aucun moment | _____ | tout le temps |
| | | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| 10. avoir une sensation générale de bien-être | à aucun moment | _____ | tout le temps |
| | | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |

PARTIE B

Avez-vous éprouvé l'un des éléments suivants durant les dernières 24 heures ?

(10 à 0, avec : 10 = à aucun moment [excellent] et 0 = tout le temps [mauvais])

- | | | | |
|---|----------------|------------------------|---------------|
| 11. douleur modérée | à aucun moment | _____ | tout le temps |
| | | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | |
| 12. douleur sévère | à aucun moment | _____ | tout le temps |
| | | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | |
| 13. nausées ou vomissements | à aucun moment | _____ | tout le temps |
| | | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | |
| 14. sensation d'inquiétude ou d'angoisse | à aucun moment | _____ | tout le temps |
| | | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | |
| 15. sentiment de tristesse ou de dépression | à aucun moment | _____ | tout le temps |
| | | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | |

TOTAL (/150)