



# Journal de Bord du patient

➤ Proposé par:



# CHANGE PAIN



## > Pour votre information

Cher patient,

La douleur est aussi diversifiée que ses causes. Par conséquent, un traitement individualisé est essentiel.

À l'heure actuelle, le choix des médicaments est très varié et le médecin peut changer de traitement en cas de nécessité. C'est pourquoi, pour réduire votre douleur chronique de manière efficace, votre participation active est indispensable.

Vous avez reçu ce journal de bord. Chaque jour, notez-y l'intensité et la fréquence de votre douleur mais aussi son impact sur votre vie quotidienne (sommeil, humeur, etc.). Il est également crucial de savoir quels médicaments vous prenez en plus des analgésiques prescrits afin d'éviter d'éventuelles interactions.

Apportez votre journal de bord lors de votre prochaine visite, nous pourrions discuter de vos résultats et des prochaines étapes à suivre afin d'adapter au mieux votre traitement et améliorer ainsi votre quotidien.

Meilleures salutations,

Votre médecin

# Données personnelles

Nom: ..... Prénom: .....

## > Maladies actuelles

Diagnostiques :

.....  
.....  
.....

Traitements actuels :

Médicament	Régulièrement	À la demande	Dose journalière
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

## > Douleurs actuelles

Diagnostiques :

.....  
.....  
.....

Traitements actuels :

Analgésique	Régulièrement	À la demande	Dose journalière
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

## > Remarques

.....  
.....

.....  
.....

# Objectifs thérapeutiques

Date de la visite: ...../...../.....

## > Niveau actuel de douleur

Pas de douleur

Douleur maximale imaginable

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## > Niveau acceptable de douleur

## > Besoin d'amélioration

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à travailler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effets indésirables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Comment je me sens aujourd'hui?

Date	Pas de douleur  Douleur maximale imaginable										Pics de douleur		Humeur			Sommeil			Digestion			Selles			Mobilité		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Quand?	Qu'avez-vous pris?														
Lundi																											
Mardi																											
Mercredi																											
Jeudi																											
Vendredi																											
Samedi																											
Dimanche																											

## > Remarques supplémentaires:

.....

.....

.....

Qu'est-ce qui s'est amélioré dans mon quotidien durant cette semaine (activités quotidiennes qui ne me font plus ou moins souffrir, nouvelles activités sociales, capacité à travailler...):

.....

.....

# Comment je me sens aujourd'hui?

Date	Pas de douleur  Douleur maximale imaginable										Pics de douleur		Humeur			Sommeil			Digestion			Selles			Mobilité					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Quand?	Qu'avez-vous pris?																	
Lundi																														
Mardi																														
Mercredi																														
Jeudi																														
Vendredi																														
Samedi																														
Dimanche																														

## > Remarques supplémentaires:

.....

.....

.....

Qu'est-ce qui s'est amélioré dans mon quotidien durant cette semaine (activités quotidiennes qui ne me font plus ou moins souffrir, nouvelles activités sociales, capacité à travailler...):

.....

.....

# Comment je me sens aujourd'hui?

Date	Pas de douleur  Douleur maximale imaginable										Pics de douleur		Humeur			Sommeil			Digestion			Selles			Mobilité		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Quand?	Qu'avez-vous pris?														
Lundi																											
Mardi																											
Mercredi																											
Jeudi																											
Vendredi																											
Samedi																											
Dimanche																											

## > Remarques supplémentaires:

.....

.....

.....

Qu'est-ce qui s'est amélioré dans mon quotidien durant cette semaine (activités quotidiennes qui ne me font plus ou moins souffrir, nouvelles activités sociales, capacité à travailler...):

.....

.....

# Comment je me sens aujourd'hui?

Date	Pas de douleur  Douleur maximale imaginable										Pics de douleur		Humeur			Sommeil			Digestion			Selles			Mobilité		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Quand?	Qu'avez-vous pris?														
Lundi																											
Mardi																											
Mercredi																											
Jeudi																											
Vendredi																											
Samedi																											
Dimanche																											

## > Remarques supplémentaires:

.....

.....

.....

Qu'est-ce qui s'est amélioré dans mon quotidien durant cette semaine (activités quotidiennes qui ne me font plus ou moins souffrir, nouvelles activités sociales, capacité à travailler...):

.....

.....



# Comment je me sens aujourd'hui?

Date	Pas de douleur  Douleur maximale imaginable										Pics de douleur		Humeur			Sommeil			Digestion			Selles			Mobilité						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Quand?	Qu'avez-vous pris?																		
Lundi																															
Mardi																															
Mercredi																															
Jeudi																															
Vendredi																															
Samedi																															
Dimanche																															

## > Remarques supplémentaires:

.....

.....

.....

Qu'est-ce qui s'est amélioré dans mon quotidien durant cette semaine (activités quotidiennes qui ne me font plus ou moins souffrir, nouvelles activités sociales, capacité à travailler...):

.....

.....

## > Docteur, je me pose les questions suivantes à propos de mon traitement

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les noter ci-dessous et à les poser à votre médecin lors de votre prochaine visite. Il vous aidera volontiers. Si cela vous semble urgent, téléphonez-lui directement.

Question 1:

.....  
.....

Question 2:

.....  
.....

Question 3:

.....  
.....

Question 4:

.....  
.....

Question 5:

.....  
.....

# CHANGE PAIN



# CHANGE PAIN

- La douleur est aussi diversifiée que ses causes. Par conséquent, un traitement individualisé est essentiel.

CHANGE PAIN est une initiative internationale visant à améliorer la prise en charge de la douleur chronique sévère. CHANGE PAIN est soutenu par un panel d'experts nationaux et internationaux de spécialistes de la douleur.

M-NA-BE-06-20-0009



S.A. Grünenthal N.V.  
Lenneke Marelaan 8 1932 Sint-Stevens-Woluwe Belgique