Journal de Bord du patient

Proposé par:

GRÜNENTHAL

CHANGE PAIN®

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 pourrons 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
.....	☐	☐	.....
.....	☐	☐	.....
.....	☐	☐	.....
.....	☐	☐	.....

Douleurs actuelles

Diagnostiques :

.....

.....

.....

Traitements actuels :

Analgésique	Régulièrement	À la demande	Dose journalière
.....	☐	☐	.....
.....	☐	☐	.....
.....	☐	☐	.....
.....	☐	☐	.....

Remarques

.....

.....

.....

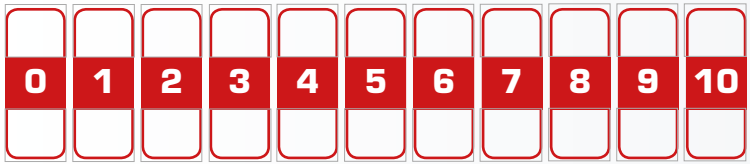
.....

Objectifs thérapeutiques

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

Niveau actuel de douleur

Pas de douleur — Douleur maximale imaginable



Niveau acceptable de douleur

Besoin d'amélioration

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Sommeil	☐	☐	☐
Activité quotidienne	☐	☐	☐
Capacité à travailler	☐	☐	☐
Relations avec les autres	☐	☐	☐
Humeur	☐	☐	☐
Effets indésirables	☐	☐	☐

Comment je me sens aujourd'hui?

Date	Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable	Pics de douleur: Quand?	Pics de douleur: Qu'avez-vous pris?	Humeur	Sommeil	Digestion	Selles	Mobilité
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 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable	Pics de douleur: Quand?	Pics de douleur: Qu'avez-vous pris?	Humeur	Sommeil	Digestion	Selles	Mobilité
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 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable	Pics de douleur: Quand?	Pics de douleur: Qu'avez-vous pris?	Humeur	Sommeil	Digestion	Selles	Mobilité
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 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable	Pics de douleur: Quand?	Pics de douleur: Qu'avez-vous pris?	Humeur	Sommeil	Digestion	Selles	Mobilité
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 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable	Pics de douleur: Quand?	Pics de douleur: Qu'avez-vous pris?	Humeur	Sommeil	Digestion	Selles	Mobilité
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…):

.....

.....

CHANGE PAIN

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

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

GRÜNENTHAL

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