

## INFORMATIONS ET ACCORD DU PATIENT

**Madame, Mademoiselle, Monsieur,**

Nous aimerions que vous participiez à notre étude sur le confort des patients après la chirurgie. Le but de cette étude est d'améliorer la prise en charge de la douleur après chirurgie dans cet établissement.

Votre participation est volontaire et toutes les informations vous concernant resteront anonymes. Cela signifie que votre nom ou toute autre forme d'identification ne seront pas dans les dossiers que nous garderons.

Vos réponses à ce questionnaire ne seront pas divulguées au personnel médical ou infirmier qui vous traite dans cet établissement.

Nous vous assurons que l'équipe soignante vous traitera de la même manière que vous choisissiez de participer ou pas à cette étude.

Nous vous remercions d'envisager de participer à cette étude.

## QUESTIONNAIRE DU PATIENT

Les questions suivantes concernent la douleur que vous avez ressentie depuis votre intervention chirurgicale.

**P1.** Sur cette échelle, veuillez indiquer la **douleur la plus forte** que vous avez ressentie depuis votre intervention

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

aucune douleur

pire douleur possible

**P2.** Sur cette échelle, veuillez indiquer la **douleur la plus faible** que vous avez ressentie depuis votre intervention::

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

aucune douleur

pire douleur possible

**P3.** Avec quelle fréquence avez-vous ressenti une **douleur intense** depuis votre intervention ?  
Entourez votre meilleure estimation du pourcentage de temps pendant lequel vous avez ressenti une **douleur intense**:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

pas de douleur intense

toujours douleur intense

**P4.** Entourez le chiffre qui décrit le mieux l'intensité avec laquelle la douleur **vous a gêné ou empêché** de faire les activités suivantes depuis votre intervention ...

a. **mouvements dans votre lit** comme vous tourner, vous asseoir, vous repositionner:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

pas de gêne

empêche totalement

b. **respirer profondément** ou **tousser**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

pas de gêne

empêche totalement

c. **dormir**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

pas de gêne

empêche totalement

d. Êtes-vous **sorti du lit** depuis votre intervention?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quel point la **douleur vous gêne ou vous empêche de faire des activités hors du lit** comme marcher, s'asseoir sur une chaise, être debout devant le lavabo:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

pas de gêne

empêche totalement

## QUESTIONNAIRE DU PATIENT

**P5.** La douleur peut affecter votre humeur et vos émotions.  
Sur cette échelle, entourez le chiffre qui décrit le mieux à quel point la **douleur** depuis votre intervention **vous rend** ...

a. **anxieux**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pas du tout					extrêmement					

b. **désemparé**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pas du tout					extrêmement					

**P6.** Avez-vous eu l'un des **effets secondaires** suivants depuis votre intervention?  
Entourez "0" si non ; si oui, entourez le chiffre décrivant le mieux la sévérité de cet épisode:

a. **Nausée**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun					sévère					

b. **Somnolence**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun					sévère					

c. **Démangeaisons**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun					sévère					

d. **Vertige**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun					sévère					

**P7.** Depuis votre intervention, quel **soulagement de votre douleur** avez-vous obtenu ?  
Entourez le pourcentage qui décrit le mieux le soulagement de votre douleur par l'ensemble de vos **traitements antalgiques** combinés (traitement médical et non médical):

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
aucun soulagement					soulagement complet					

**P8.** Auriez-vous aimé avoir reçu **plus d'antalgiques** que vous n'en avez reçu ?

☐ Oui    ☐ Non

**P9.** Avez-vous été **informé** sur les possibilités de **traitement de votre douleur**?

☐ Oui    ☐ Non

## QUESTIONNAIRE DU PATIENT

**P10.** Avez-vous été **autorisé à participer aux décisions concernant le traitement de votre douleur** autant que vous le souhaitiez ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

pas du tout

complètement

**P11.** Entourez le chiffre qui décrit le mieux votre **satisfaction du traitement antalgique** depuis votre intervention:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

extrêmement insatisfait

extrêmement satisfait

**P12.** Avez-vous utilisé ou reçu des **moyens non médicaux pour** soulager votre **douleur**?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, **cochez tout** ce qui s'applique :

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> application de froid  | <input type="checkbox"/> méditation  | <input type="checkbox"/> respiration profonde |
| <input type="checkbox"/> chaleur   | <input type="checkbox"/> acupuncture | <input type="checkbox"/> prière               |
| <input type="checkbox"/> parler à l'équipe médicale                                      | <input type="checkbox"/> marche      | <input type="checkbox"/> massage              |
| <input type="checkbox"/> parler à des amis ou familiers                                  | <input type="checkbox"/> relaxation  | <input type="checkbox"/> image mentale        |
| <input type="checkbox"/> stimulation électrique transcutanée (TENS)                      |                                      |   |
| <input type="checkbox"/> distraction (comme regarder la TV, écouter de la musique, lire) |                                      |   |
| <input type="checkbox"/> autre (veuillez décrire): <input type="text"/>                  |                                      |   |

**P13.** Avez-vous eu des **douleurs persistantes pendant 3 mois ou plus** avant de venir à l'hôpital pour cette intervention ?

☐ Oui ☐ Non

a. Si oui sur cette échelle, veuillez indiquer **l'intensité de la douleur** la plupart du temps?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

aucune douleur

pire douleur possible

b. Si oui, **à quel endroit** était localisée cette **douleur persistante**?

☐ endroit de l'intervention ☐ ailleurs ☐ les deux (endroit de l'intervention et ailleurs)

**Merci pour votre participation et vos commentaires**

To be filled in by the research assistant

Research assistant code:

Patient was interviewed: ☐ Yes ☐ No

If yes, please mark the reason(s):

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Too ill / weak   | <input type="checkbox"/> Too much pain | <input type="checkbox"/> Requested assistance | <input type="checkbox"/> Did not understand scales |
| <input type="checkbox"/> Technical reasons (patient has no eyeglasses / is blind; can not sit up; is illiterate; arm is in cast; etc) |  |   |  |