



Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton

Version révisée (EESSE-r)

Apposer l'étiquette du patient dans cette boîte

Veillez encercler le chiffre qui décrit le mieux ce que vous ressentez MAINTENANT :

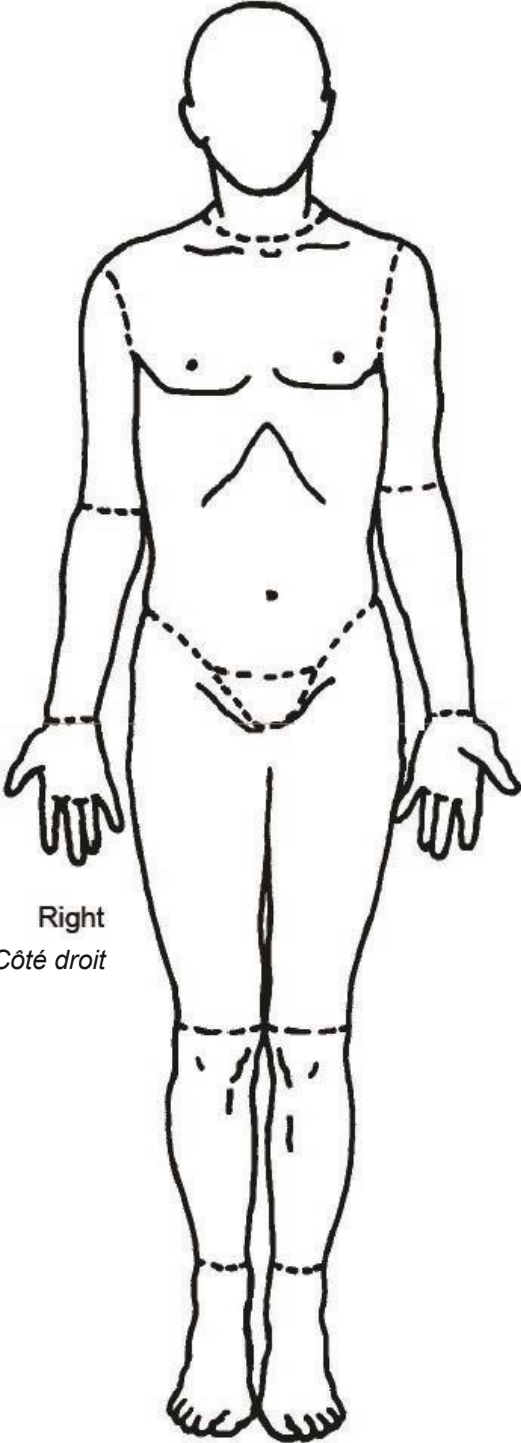
Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur possible
Aucune fatigue <i>(Fatigue = manque d'énergie)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire fatigue possible
Aucune somnolence <i>(Somnolence = se sentir endormi)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire somnolence possible
Aucune nausée	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire nausée possible
Aucun manque d'appétit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aucun appétit
Aucun essoufflement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire essoufflement possible
Aucune dépression <i>(Dépression = se sentir triste)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire dépression possible
Pas d'anxiété <i>(Anxiété = se sentir nerveux)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire anxiété possible
Meilleure sensation de bien-être <i>(Bien-être = comment vous vous sentez en général)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire sensation de malaise
Aucun(e) _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire possible

Autre problème *(ex. constipation)* _____

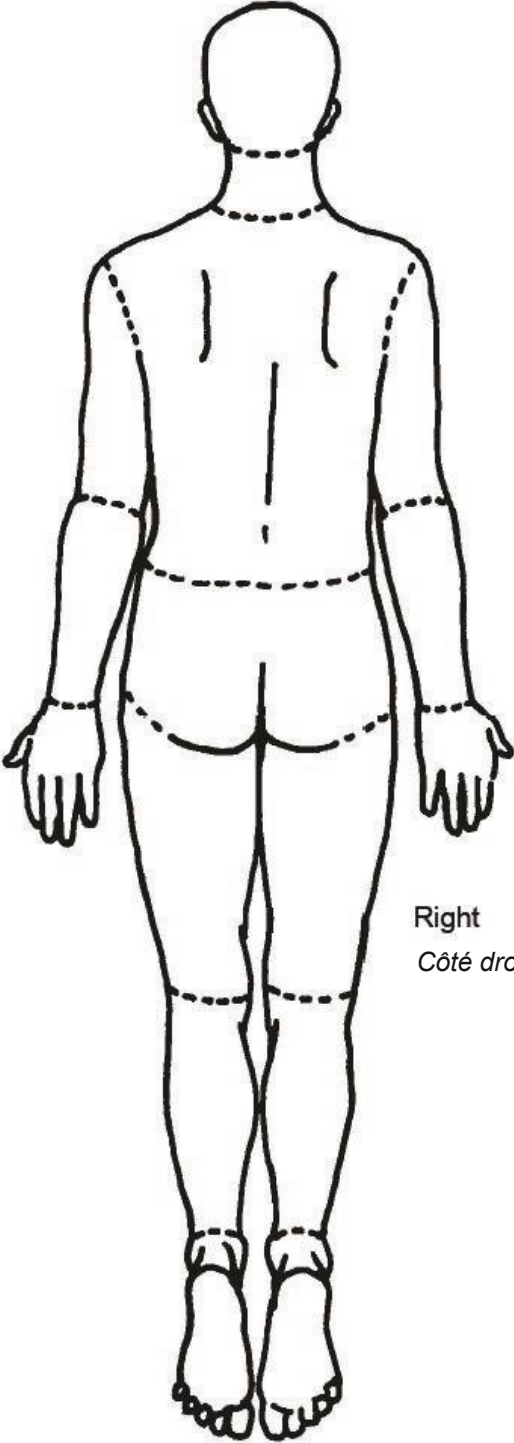
Nom de la personne _____	Rempli par <i>(Cocher une case)</i> <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Proche aidant familial <input type="checkbox"/> Professionnel de la santé <input type="checkbox"/> Avez l'aide d'une personne soignante
Date <i>(aaaa-mm-jj)</i>	
Heure <i>(hh:mm)</i>	

Diagramme corporel au verso

Veillez indiquer où vous avez mal sur les images ci-dessous :



Right
Côté droit



Right
Côté droit