

# Évaluation de la douleur

## Intensité de la douleur (physique)

Aucune  
douleur

La plus intense  
que je puisse  
imaginer

7:00	_____
9:00	_____
11:00	_____
13:00	_____
15:00	_____
17:00	_____
19:00	_____
21:00	_____
23:00	_____
1:00	_____
3:00	_____
5:00	_____

## Aspect désagréable de la douleur (émotif)

Aucune  
douleur

La plus désagréable  
que je puisse  
imaginer

7:00	_____
9:00	_____
11:00	_____
13:00	_____
15:00	_____
17:00	_____
19:00	_____
21:00	_____
23:00	_____
1:00	_____
3:00	_____
5:00	_____