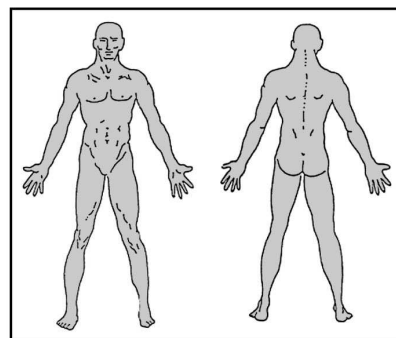


Prise en charge multilingue de la douleur aiguë à l'Accueil des Urgences

1 - Où avez-vous mal ?

Indiquez par une flèche l'endroit qui fait mal.
(plusieurs flèches sont possibles)



2 - Depuis quand avez-vous mal ?



Si vous avez mal depuis aujourd'hui, entourez l'heure du début de la douleur

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Sinon, entourez (ou indiquez) le nombre de jours depuis le début de votre douleur

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15...

Si plus, combien ? jours

3 - Votre douleur est plutôt du type :

- | | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|-------------------------------------|--|---------------------------------|
| torsion ☐ | brûlure ☐ | piqûre ☐ | pesanteur ☐ | gêne ☐ | crampe ☐ |
| constriction ☐ | lancement ☐ | décharge électrique ☐ | oppression ☐ | | |
| coup de poignard ☐ | tiraillement ☐ | | | | |
| brutale ☐ | progressive ☐ | continue ☐ | sourde ☐ | intermittente ☐ | |

4 - Intensité de la douleur ?

Indiquez par une croix l'intensité de votre douleur

Aucune
douleur

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

Pire douleur
imaginable

5 - Aggravation de la douleur :

Quand ? Matin ☐ Soir ☐ Nuit ☐

Comment ? mouvements ☐ respiration ☐ palpation ☐ la lumière ☐
efforts ☐ marche ☐ au repos ☐ les sons ☐

6 - Votre douleur est soulagée par :

le chaud ☐ le froid ☐
le repos ☐ la marche ☐
une position ☐ Montrez-nous

7 - Avez-vous pris des médicaments ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui,
lesquels ?
- paracétamol ☐
- aspirine ☐
- anti-inflammatoire ☐
- autre : _____

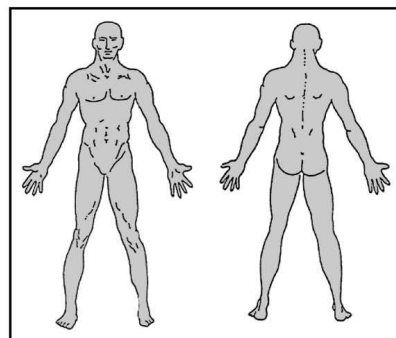
Date et heure de l'évaluation

H

Questionario da dor aguda para a entrada das urgencias

1 - Onde é que lhe doi ?

Marque com uma flecha o sitio onde tem dores.
(Pode marcar varios sitios)



2 - A quando tempo lhe doi ?



Se a dor é desde hoje desde que hora lhe doi

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Se nao a quantos dias tem dores

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15...

Se mais, quantos ? dias

3 - Qual é o tipo de dor :

- entorse ☐ andor ☐ picadelas ☐ un peso ☐ diferenca ☐ crampe ☐
 estrangular ☐ irregular ☐ descarga electrica ☐ pressao ☐
 como uma facada ☐ como se tiram ☐
 muito forte ☐ a pouco e pouco ☐ sempre ☐ indefinida ☐ detemposa tempos ☐

4 - A intensidad da dor ?

Com uma cruz marque a quantidade da dor

Nao tem
dor

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ insuportavel

5 - Quando é que lhe doi mais :

Quando? Demanha ☐ a noite ☐ de nuite ☐

Como? quando se meche ☐ quando respira ☐ quando carrega no sitio ☐ com a luz ☐
 efforço ☐ quando anda ☐ quando se reponso ☐ com a barulho ☐

6 - Doi-lhe menod com :

o calor ☐ o frio ☐
 o reposo ☐ a andar ☐
 uma certa posicao ☐ Mostre-nos

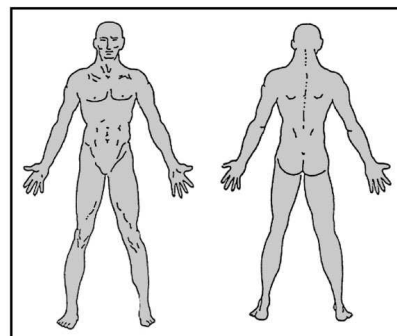
7 - Tomor medicamentos ?

Sin ☐ Nao ☐
 Se sin,
quais ?
 - paracétamol ☐
 - aspirina ☐
 - anti-inflamatorios ☐
 - outre :

Assunzione a carico multilingue del dolore acuto all'accoglienza del Pronto Soccorso

1 - Dove ha male ?

Indichi con una freccia il punto che fa male.



2 - Da quando ha male ?



Se ha male da oggi, faccia un cerchio attorno all'ora nella quale ha avuto inizio il dolore

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Altrimenti, indichi il numero dei giorni dall'inizio del suo dolore

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15...

Se di più, quanti ? giorni

3 - Il suo dolore é piuttosto di tipo :

- torsione ☐ bruciatura ☐ puntura ☐ pesantezza ☐ fastidio ☐ crampo ☐
 contrazione ☐ fitta ☐ scarica elettrica ☐ oppressione ☐
 pugnalata ☐ spasmo ☐
 brutale ☐ progressivo ☐ continuo ☐ sordo ☐ intermittente ☐

4 - Intensità del dolore ?

Indichi con una croce l'intensità del suo dolore

Alcun
dolore

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

Peggior
dolore
immaginabile

5 - Peggioramento del dolore :

Quando? Mattino ☐ Sera ☐ Notte ☐

Come?

movimenti ☐

respirazione ☐

palpazione ☐

la luce ☐

sforzi ☐

camminare ☐

a riposo ☐

i suoni ☐

6 - Il suo dolore é alleviato da :

il caldo ☐

il freddo ☐

il riposo ☐

camminare ☐

una posizione ☐

Ci mostri

7 - Ha preso dei medicinali ?

Sì ☐

No ☐

Se sì,

quali ?

- paracetamol ☐

- aspirina ☐

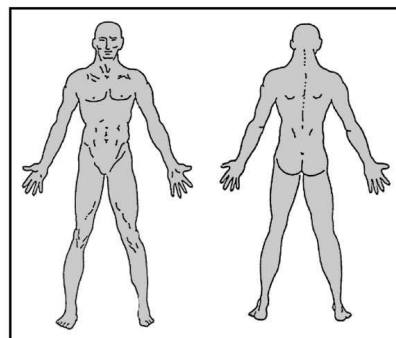
- anti-infiammatori ☐

- altro :

Többnyelvű kérdőív az akut fájdalom kiértékelésére Sürgősségi betegellátás során

1 - Hol van fájdalma ?

Nyíllal mutassa meg hol faj.
(Több nyíl lehetséges)



2 - Mióta van fájdalma ?



Amennyiben a fájdalom ma kezdődött karikázza be hany orakor kezdődött

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Vagy karikázzabe (vagy jelezze) a napok számát amióta a fájdalma kezdődött

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15...

Ha több, hany ?

nap

3 - Milyen típusu a fájdalma ? :

csavaro ☐
(torzios)

ego ☐

szuro ☐

nyomaszto ☐
(nehelkedo)

zavaro ☐

görcsös ☐

szorito ☐

nyilalo ☐

aramütes (szeru) ☐

szorongasos ☐

kes szuras ☐

huzo ☐

hirtelen ☐

fokozatos ☐

folyamatos ☐

tompa ☐

valtakoso ☐

4 - A fájdalom erőssége ?

Kereszttel jelölje meg fájdalma erősséget

Semmi
fájdalom

0 ☐

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

7 ☐

8 ☐

9 ☐

10 ☐

Elképzelt
Legerősebb
fájdalom

5 - A fájdalom fokozódása :

Mikor ?

Reggel ☐

Este ☐

Eskzaka ☐

Hogyan ?

Mozgasra ☐

Legzeskor ☐

Tapintásra ☐

Fenyre ☐

Erokifejtes ☐

Jaras ☐

Pihenes ☐

Hangok ☐

6 - Fájdalmat enyhíti :

Meleg ☐

Hideg ☐

Pihenes ☐

Jaras ☐

Bizonyos testhelyzet (pozicid) ☐

Mutassa meg nekunk

7 - Vett be gyógyszereket ?

Igen ☐

Nem ☐

Ha igen

mit ?

- paracetamol ☐

- aspirin ☐

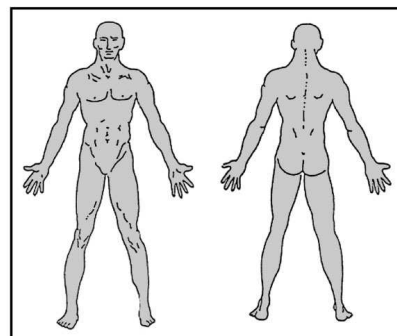
- gyulladas csökkento ☐

- mas :

Tomada en carga multilingüe del dolor agudo a la recepción de las urgencias

1 - ¿ Dónde le duele ?

Indique con una flecha el lugar donde le duele
(puede utilizar varias flechas)



2 - ¿ Desde cuándo le duele ?



Si tiene mal desde hoy, marque la hora cuando empezó

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Si no, marque el número de días desde el principio de su dolor

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15...

Si ha durado más días
tiempo, ¿ cuánto ?

3 - Su dolor es más bien del tipo :

torsión ☐ quemadura ☐ picadura ☐ pesadez ☐ molestia ☐ calambre ☐
estrangulamiento ☐ punzada ☐ descarga eléctrica ☐ agobio ☐
puñalada ☐ tirón ☐
fuerte ☐ progresivo ☐ continuo ☐ sordo ☐ intermitente ☐

4 - ¿ Intensidad del dolor ?

Indique con una cruz la intensidad del dolor

Ningún
dolor

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

Peor dolor
conceivable

5 - Agravamiento del dolor :

¿ Cuándo ? Mañana ☐ Tarde ☐ Noche ☐

¿ Cómo ? Por movimiento ☐ al respirar ☐ al palpar ☐ a la luz ☐
Por esfuerzo ☐ al andar ☐ al descansar ☐ por sonidos ☐

6 - Su dolor se alivia por :

el calor ☐ el frío ☐
el descanso ☐ al andar ☐
una posición ☐ Muéstrenos

7 - ¿ Usted tomó algún medicamento ?

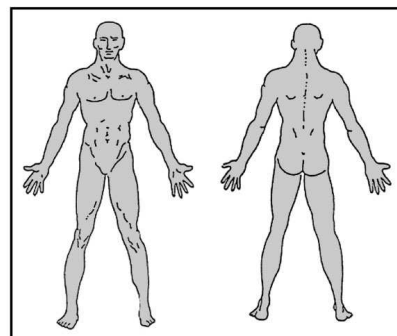
Si ☐ No ☐

En caso afirmativo, ¿ quel ?
- paracetamol ☐
- aspirina ☐
- anti-inflamatorio ☐
- otros :

Multilingual assessment of acute pain in the Emergency Department

1 - Where do you have pain ?

Indicate with an arrow the areas that hurt
(several arrows are possible)



2 - Since when do you have the pain ?



If you have pain since today, surround the hour of the beginning of the pain

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

If not, indicate the number of days since the beginning of your pain.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15... If more, since when ? days

3 - What kind of pain do you have ?

torsion ☐ burning ☐ prickle ☐ heaviness ☐ discomfort ☐ cramp ☐
 constriction ☐ throbbing ☐ electric ☐ oppression ☐
 stabbing ☐ tugging ☐
 brutal ☐ progressive ☐ continuous ☐ numb ☐ intermittent ☐

4 - Intensity of the pain ?

Indicate by a cross the intensity of your pain

No pain 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Worse conceivable pain

5 - Worsening of the pain :

When ? Morning ☐ Evening ☐ Night ☐
With... ? movement ☐ breathing ☐ palpation ☐ light ☐
 effort ☐ walking ☐ at rest ☐ noise ☐

6 - Your pain is relieved by :

heat ☐ cold ☐
 rest ☐ walking ☐
 a position ☐ Show us ☐

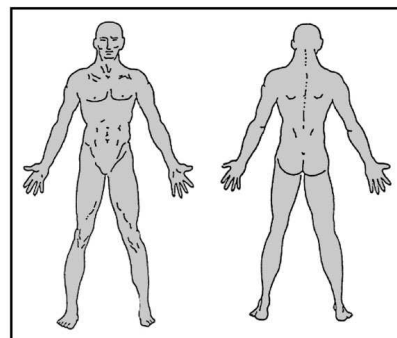
7 - Have you taken any medicaments ?

Yes ☐ No ☐
 If yes, Which ?
 - paracetamol ☐
 - aspirin ☐
 - anti-inflammatory ☐
 - others :

Evaluierung des schmerzes an der notaufnahme

1 - Wo haben Sie Schmerzen ?

Zeigen Sie mit einem Pfeil (mehrere Angaben
sind möglich) den Ort des Schmerzes.



2 - Seit wann haben Sie Schmerzen ?



Wenn Ihre Schmerzen heute begonnen haben : Zu welcher Uhrzeit ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Seit wie vielen Tagen dauern die Schmerzen ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15...

Oder wie viele ? Tage

3 - Ihr Schmerz ist vom Typ :

Torsion ☐ Brennend ☐ Stechend ☐ Drückend ☐ Unangenehm ☐ Krampfartig ☐

Einengend ☐ Einschiessend ☐ Elektrisierend ☐ Bedrückend ☐

Messerstich ☐ Magenkrämpfe ☐

Plötzlich einsetzend ☐ Ständig zunehmend ☐ Konstant ☐ Taub ☐ Unbeständig ☐

4 - Intensität des Schmerzes ?

Geben sie bitte mit einem Kreuz die Intensität ihres Schmerzes an

Schmerzfrei 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Am stärksten

5 - Verschlimmerung des Schmerzes : Wann ? Morgens ☐ Abends ☐ Nachts ☐

Wie ? Bei Bewegung ☐ bei Einatmung ☐ bei Druck ☐ bei Licht ☐

bei Anstrengung ☐ beim Gehen ☐ in Ruhe ☐ bei Lärm ☐

6 - Ihr Schmerz wird erleichtert durch :

Wärme ☐ Kälte ☐

Ruhe ☐ Bewegung ☐

Durch eine bestimmte Position ☐ Welche ? ☐

7 - Haben sie Medikamente eingenommen ?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, - paracetamol ☐

Welche ? - aspirin ☐

- entzündungshemmer ☐

- andere :