

TOPOGRAPHIE de la DOULEUR ou de la SENSATION



NOM :

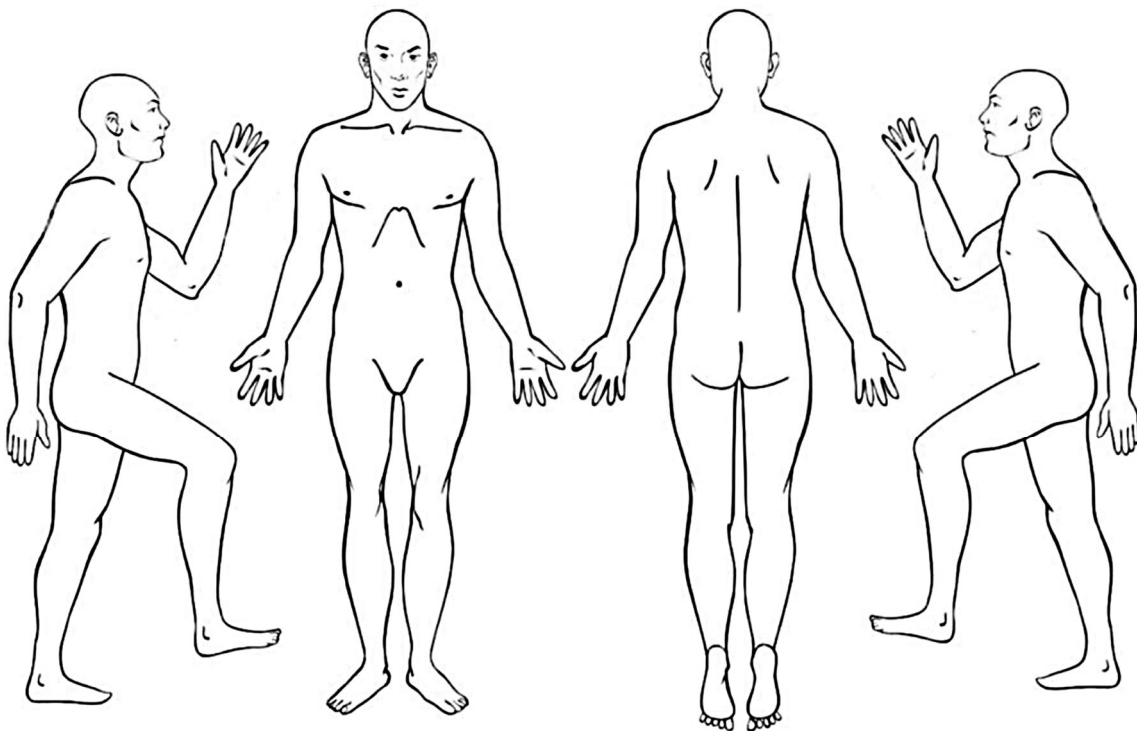
Prénom :

Date :

A l'aide du **code couleur**, pouvez-vous retranscrire sur le **schéma** ci-dessous les symptômes que vous ressentez **aujourd'hui** et en lien avec le **motif de consultation** ?

Entourez la caractéristique importante qui vous correspond (*exemple : pour la couleur noire entourez perte de sensation si vous ressentez moins bien une zone de votre corps quand vous y passez la main*)

- Douleur aiguë, coup de poignard, pincement, élancement, tiraillement
- Sensation de chaud ou de froid
- Engourdissement, anesthésie, perte de sensation
- Douleur profonde, difficile à localiser précisément, sourde, floue
- Sensation de fourmillement ou de piqûre d'aiguille
- Sensation de raideur, de fatigue, autre



Exprimez l'**intensité de la douleur** présente **ce jour** à l'aide de l'échelle, entre **0 à 10** (entourez le chiffre correspondant) :

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

0 aucune douleur

10 douleur extrêmement intense

Quels Facteurs et/ou Situations et/ou Mouvements **améliorent** nettement la douleur :

.....
.....

Quels Facteurs et/ou Situations et/ou Mouvements **aggravent** nettement la douleur :

.....
.....