

AGENDA DOULEURS – SUIVI QUOTIDIEN



1. Informations générales (à remplir chaque jour même sans crise)

- Date du jour : _____
- Sommeil : Heure de coucher ____ / Heure de réveil ____ / Qualité du sommeil _____
- État général au réveil : _____
- Tension artérielle (matin) : ____ / ____ mmHg
- Traitement(s) pris au réveil (nom, dose, effet) : _____

2. Suivi matin / Midi / Soir

MATIN :

- Douleur présente ? Oui / Non
- Si oui → Localisation : _____ Type : _____ Intensité (0-10) : __
- Traitement(s) pris : _____
- Activité : _____

MIDI :

- Repas / Alimentation : _____
- Douleur ? Oui / Non → Détails : _____
- Tension artérielle : ____ / ____ mmHg
- Traitement(s) pris : _____

SOIR :

- Événement marquant de la journée : _____
- Douleur présente ? Oui / Non → Détails : _____
- Heure du coucher prévue : ____ / Tension artérielle : ____ / ____ mmHg
- Stress du soir (0-10) : __ / Fatigue du soir (0-10) : __

3. Si crise / Douleur

- Heure de début : ____ / Heure de fin : ____
- Tension artérielle : Heure de début : ____ / Heure de fin : ____
- Localisation exacte : _____
- Type de douleur (pression, brûlure, piquûre...) : _____
- Intensité sur 10 : __
- Symptômes associés : _____
- Déclencheur(s) suspecté(s) : _____
- Traitement pris :

- Nom, dose et heure de prise :

Délai d'effet : ____ min / Efficacité : Oui / Non / Effets secondaires : _____

- Nom, dose et heure de prise :

Délai d'effet : ____ min / Efficacité : Oui / Non / Effets secondaires : _____

- Nom, dose et heure de prise :

Délai d'effet : ____ min / Efficacité : Oui / Non / Effets secondaires : _____

- Nom, dose et heure de prise :

Délai d'effet : ____ min / Efficacité : Oui / Non / Effets secondaires : _____

4. Notes et observations Libres

- Événement inhabituel ? _____
- Sensation corporelle étrange ? _____

5. Bilan hebdomadaire (à remplir chaque fin de semaine)

- Nombre total de jours avec douleur : __ / Nombre de jours sans : __
- Nombre total de crises : __
- Nombre total de passages aux urgences : __
- Semaine : Mieux / Pire / Stable
- Questions ou remarques à soumettre au médecin :

