

# 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, piqûre...) : \_\_\_\_\_
- 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 :

