



Journal de Bord du patient

➤ Proposé par:



CHANGE PAIN

> Pour votre information



Cher patient,

La douleur est aussi diversifiée que ses causes. Par conséquent, un traitement individualisé est essentiel.

À l'heure actuelle, le choix des médicaments est très varié et le médecin peut changer de traitement en cas de nécessité* (ex : manque d'efficacité, effets indésirables, interactions médicamenteuses). C'est pourquoi, pour réduire votre douleur chronique de manière efficace, votre participation active est indispensable.

Vous avez reçu ce journal de bord. Chaque jour, notez-y l'intensité et la fréquence de votre douleur mais aussi son impact sur votre vie quotidienne (sommeil, humeur, etc...). Il est également crucial de savoir quels médicaments vous prenez en plus des analgésiques prescrits afin d'éviter d'éventuelles interactions.

Munissez-vous de votre journal de bord lors de votre prochaine visite, vous pourrez discuter de vos résultats et des prochaines étapes à suivre afin d'adapter au mieux votre traitement et améliorer ainsi votre quotidien.

Meilleures salutations,

L'équipe Grünenthal

* Déclaration des événements indésirables (incluant manque d'efficacité et interactions médicamenteuses):
Si vous suspectez un événement indésirable ou inhabituel, lié à la prise d'un médicament, vous pouvez le remonter à votre Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) de rattachement géographique (coordonnées disponibles sur le site : www.ansm.sante.fr) ou directement via le Portail de signalement des événements sanitaires indésirables (signalement-sante.gouv.fr).

Données personnelles

Nom: Prénom:

> Maladies actuelles

Diagnostics :

.....
.....
.....

Traitements actuels :

Médicament	Pris régulièrement	Pris à la demande	Dose journalière
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> Douleurs actuelles

Diagnostics :

.....
.....
.....

Traitements actuels :

Analgésique	Pris régulièrement	Pris à la demande	Dose journalière
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> Remarques

.....
.....

.....
.....

Objectifs thérapeutiques

Date de la visite:/...../.....

> Niveau actuel de douleur

Pas de douleur

Douleur maximale imaginable

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

> Niveau acceptable de douleur

> Besoin d'amélioration

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à travailler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effets indésirables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment je me sens aujourd'hui?

Date	Pas de douleur Douleur maximale imaginable										Pics de douleur		Quand?			Quel médicament avez-vous pris ?			Humeur			Sommeil			Digestion			Selles			Mobilité				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
Lundi																																			
Mardi																																			
Mercredi																																			
Jeudi																																			
Vendredi																																			
Samedi																																			
Dimanche																																			

> Remarques supplémentaires:

.....

.....

.....

Qu'est-ce qui s'est amélioré dans mon quotidien durant cette semaine (activités quotidiennes qui me font plus ou moins souffrir, nouvelles activités sociales, capacité à travailler...):

.....

.....

Comment je me sens aujourd'hui?

Date	Pas de douleur Douleur maximale imaginable										Pics de douleur		Humeur			Sommeil			Digestion			Selles			Mobilité			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Quand?	Quel médicament avez-vous pris ?															
Lundi																												
Mardi																												
Mercredi																												
Jeudi																												
Vendredi																												
Samedi																												
Dimanche																												

> Remarques supplémentaires:

.....

.....

.....

Qu'est-ce qui s'est amélioré dans mon quotidien durant cette semaine (activités quotidiennes qui me font plus ou moins souffrir, nouvelles activités sociales, capacité à travailler...):

.....

.....

Comment je me sens aujourd'hui?

Date	Pas de douleur Douleur maximale imaginable										Pics de douleur		Humeur			Sommeil			Digestion			Selles			Mobilité		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Quand?	Quel médicament avez-vous pris ?														
Lundi																											
Mardi																											
Mercredi																											
Jeudi																											
Vendredi																											
Samedi																											
Dimanche																											

> Remarques supplémentaires:

.....

.....

.....

Qu'est-ce qui s'est amélioré dans mon quotidien durant cette semaine (activités quotidiennes qui me font plus ou moins souffrir, nouvelles activités sociales, capacité à travailler...):

.....

.....

Comment je me sens aujourd'hui?

Date	Pas de douleur Douleur maximale imaginable										Pics de douleur		Humeur			Sommeil			Digestion			Selles			Mobilité		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Quand?	Quel médicament avez-vous pris ?														
Lundi																											
Mardi																											
Mercredi																											
Jeudi																											
Vendredi																											
Samedi																											
Dimanche																											

> Remarques supplémentaires:

.....

.....

.....

Qu'est-ce qui s'est amélioré dans mon quotidien durant cette semaine (activités quotidiennes qui me font plus ou moins souffrir, nouvelles activités sociales, capacité à travailler...):

.....

.....

Comment je me sens aujourd'hui?

Date	Pas de douleur Douleur maximale imaginable										Pics de douleur		Quand?			Quel médicament avez-vous pris ?			Humeur			Sommeil			Digestion			Selles			Mobilité				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
Lundi																																			
Mardi																																			
Mercredi																																			
Jeudi																																			
Vendredi																																			
Samedi																																			
Dimanche																																			

> Remarques supplémentaires:

.....

.....

.....

Qu'est-ce qui s'est amélioré dans mon quotidien durant cette semaine (activités quotidiennes qui me font plus ou moins souffrir, nouvelles activités sociales, capacité à travailler...):

.....

.....

› Docteur, je me pose les questions suivantes à propos de mon traitement

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les noter ci-dessous et à les poser à votre médecin lors de votre prochaine visite. Il vous aidera volontiers. Si cela vous semble urgent, téléphonez-lui directement.

Question 1:

.....
.....

Question 2:

.....
.....

Question 3:

.....
.....

Question 4:

.....
.....

Question 5:

.....
.....

CHANGE PAIN



CHANGE PAIN

> La douleur est aussi diversifiée que ses causes. Par conséquent, un traitement individualisé est essentiel.

CHANGE PAIN est une initiative internationale visant à améliorer la prise en charge de la douleur. CHANGE PAIN est soutenu par un panel d'experts nationaux et internationaux de spécialistes de la douleur.

M-NPR-FR-10-20-0038 - Mars 2021



Laboratoires Grünenthal - Immeuble Eurêka
19, rue Ernest Renan - 92024 Nanterre Cedex - France