

## QUESTIONNAIRE DE VIGILANCE PAR RAPPORT A LA DOULEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Consignes :** Veuillez lire attentivement chaque question et encrer le numéro qui correspond le mieux à vos attitudes (face à la douleur) durant les deux dernières semaines.

	jamais	Très rarement	Quelque fois	souvent	Très souvent	Tout le temps
1. Je suis très sensible à la douleur.	0	1	2	3	4	5
2. J'ai conscience des changements brusques ou passagers de la douleur.	0	1	2	3	4	5
3. Je m'aperçois rapidement des changements d'intensité de la douleur.	0	1	2	3	4	5
4. Je m'aperçois rapidement de l'effet des médicaments sur la douleur.	0	1	2	3	4	5
5. Je m'aperçois rapidement des changements de localisation ou d'ampleur de la douleur.	0	1	2	3	4	5
6. Je suis concentré(e) sur les sensations douloureuses.	0	1	2	3	4	5
7. Je ressens la douleur, même si je suis occupé(e) à une autre activité.	0	1	2	3	4	5
8. Je trouve qu'il est facile d'ignorer la douleur.*	0	1	2	3	4	5
9. Je me rends compte instantanément de l'apparition ou de l'augmentation de la douleur.	0	1	2	3	4	5
10. Quand j'entreprends quelque chose qui augmente la douleur, la première chose que je fais, est de voir à quel point la douleur a augmenté.	0	1	2	3	4	5
11. Je me rends compte instantanément de la baisse de la douleur.	0	1	2	3	4	5
12. Je semble être plus conscient(e) de la douleur que les autres personnes.	0	1	2	3	4	5
13. Je prête une attention particulière à la douleur.	0	1	2	3	4	5
14. Je suis de près le niveau de ma douleur	0	1	2	3	4	5
15. Je commence à être préoccupé(e) par la douleur.	0	1	2	3	4	5
16. Je ne pense pas à la douleur*	0	1	2	3	4	5

**Total = / 80**