Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario

Edmonton Symptom Assessment System (version révisée) (ESAS-R)

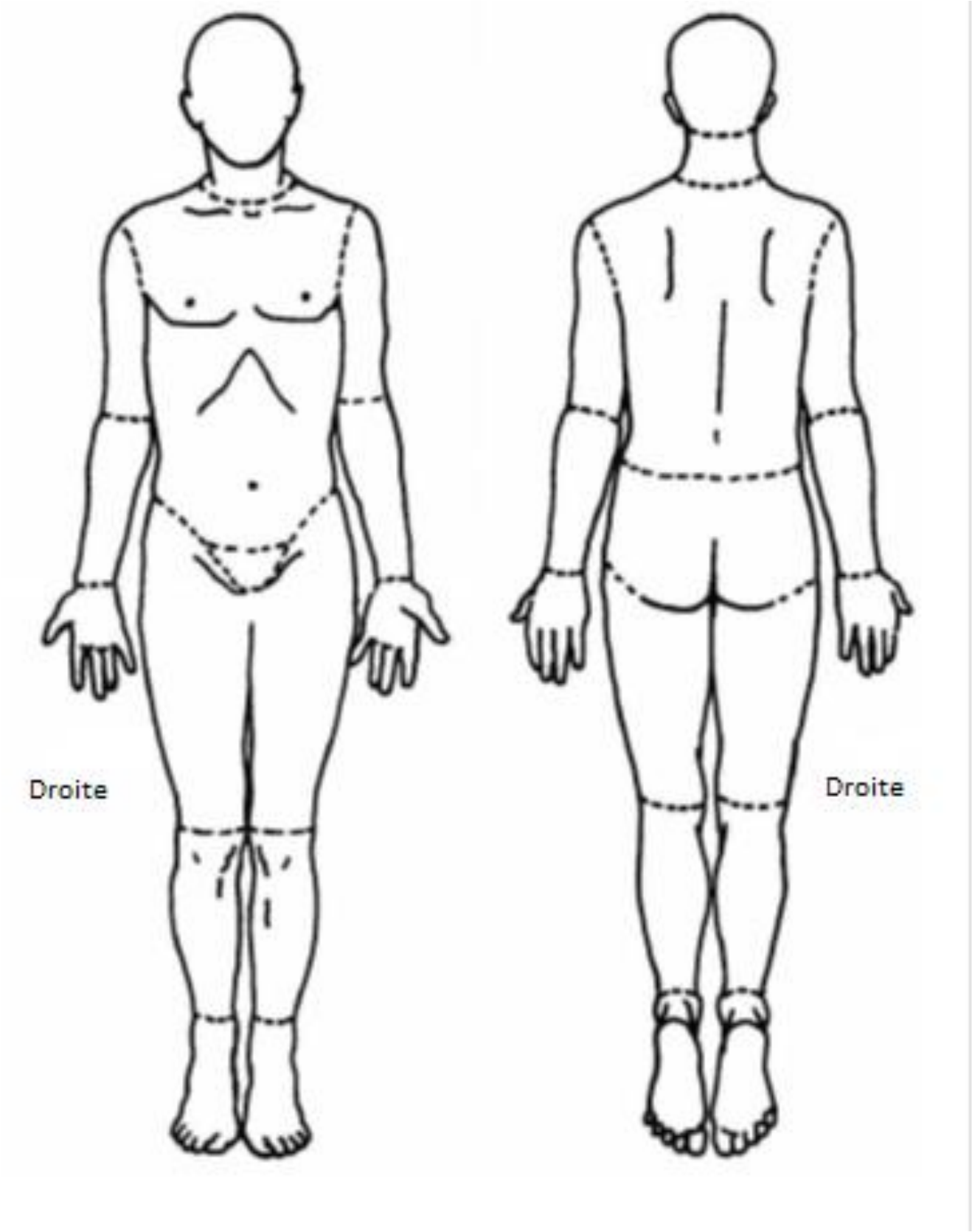
SVP encercler le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez présentement

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire douleur possible
Aucune fatigue *(fatigue = manque d'énergie)*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire fatigue possible
Aucune somnolence *(se sentir très éveillé)*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire somnolence possible *(se sentir très endormi)*
Aucune envie de vomir *(envie de vomir= nausée)*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire envie de vomir possible
Très bon appétit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aucun appétit
Aucun essoufflement *(essoufflement=manque de souffle)*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Le pire essoufflement possible
Aucune dépression *(dépression = tristesse)*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire dépression possible
Aucune anxiété *(anxiété= se sentir nerveux)*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire anxiété possible
Meilleure sensation de bien-être *(bien-être = comment vous vous sentez en général)*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aucune sensation de bien-être
Autre problème (p.e. constipation):_____ Aucun(e)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Le (La) pire possible

Nom du patient _____

Date _____ Heure _____

Complété par (cochez un):
- ☐ Patient(e)
- ☐ Famille
- ☐ Professionel de la santé
- ☐ Avec l'aide d'une personne soignante

Used with Permission from Alberta Health Services, 2015

Nous vous prions d'indiquer sur le dessin la place où vous avez mal.