

## ÉCHELLE ALGOPLUS

NOM:

PRÉNOM:

SEXE:

AGE:

Service:

Date:	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	
Heure:	_h	_h	_h	_h	_h	_h	_h	_h	_h	_h	_h	_h	_h	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<b>1 • Visage</b>														
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.														
<b>2 • Regard</b>														
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.														
<b>3 • Plaintes</b>														
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.														
<b>4 • Corps</b>														
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.														
<b>5 • Comportements</b>														
Agitation ou agressivité, agrippement.														
<b>TOTAL OUI / 5</b>														
<b>Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation</b>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						
Date:	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	_/_/	
Heure:	_h	_h	_h	_h	_h	_h	_h	_h	_h	_h	_h	_h	_h	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<b>1 • Visage</b>														
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.														
<b>2 • Regard</b>														
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.														
<b>3 • Plaintes</b>														
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.														
<b>4 • Corps</b>														
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.														
<b>5 • Comportements</b>														
Agitation ou agressivité, agrippement.														
<b>TOTAL OUI / 5</b>														
<b>Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation</b>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						