

ECHELLE ESAS

ECHELLE D'EVALUATION DES SYMPTÔMES

EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM

NOM DU PATIENT

DATE:

HEURE:

Rempli par: ☐ Patient ☐ Famille ☐ Soignant ☐ Patient aidé par soignant

Tracer sur les lignes ci-dessous une barre verticale (ou une croix) correspondant le mieux à ce que vous ressentez actuellement:

Pas de douleur	_____	Douleur maximale
Pas de fatigue	_____	Fatigue maximale
Pas de nausée	_____	Nausées maximales
Pas de déprime	_____	Déprime maximale
Pas d'anxiété	_____	Anxiété maximale
Pas de somnolence	_____	Somnolence maximale
Pas de manque d'appétit	_____	Manque d'appétit maximal
Aucun essoufflement	_____	Essoufflement maximal
Je me sens bien	_____	Je me sens mal
Autres symptômes	_____	<i>Ex : sudation, bouche sèche, vertige, sommeil, constipation, prurit ...</i>