

Echelle d'Evaluation des symptômes

Edmonton Symptom Assessment System – ESAS*

NOM :

Date :

VEUILLEZ ENTOURER LE CHIFFRE QUI CORRESPOND LE MIEUX A CE QUE VOUS RESSENTEZ ACTUELLEMENT

Pas de douleur | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Douleur maximale

Pas de fatigue | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Fatigue maximale

Pas de nausée | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Nausées maximales

Pas de déprime | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Déprime maximale

Pas d'anxiété | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Anxiété maximale

Pas de somnolence | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Somnolence maximale

Pas de manque d'appétit | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Manque d'appétit maximal

Pas de peine à respirer | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Peine à respirer maximale

Se Sentir bien | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Se sentir mal

Autre symptôme (sudation, bouche sèche, vertige, sommeil, etc.) :

..... | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

..... | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10