

## Echelle d'Evaluation des Symptômes

Edmonton Symptom Assessment System - ESAS \*

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

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

**TRACER SUR LES LIGNES CI-DESSOUS UNE BARRE VERTICALE (OU UNE CROIX) CORRESPONDANT LE MIEUX A 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  
sommolence \_\_\_\_\_ Somnolence  
maximale

Pas de manque  
d'appétit \_\_\_\_\_ Manque d'appétit  
maximal

Pas de peine  
à respirer \_\_\_\_\_ Peine à respirer  
maximale

Se sentir bien \_\_\_\_\_ Se sentir mal

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

..... \_\_\_\_\_

..... \_\_\_\_\_