

Echelle ESAS: évaluation des symptômes (version verbale)

Nom :

Date :

VEUILLEZ ENTOURER CI-DESSOUS LA MENTION QUI CORRESPOND LE MIEUX A CE QUE VOUS RESSENTEZ ACTUELLEMENT					
Pas de douleur	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur forte	Douleur très forte	Douleur maximale
Pas de fatigue	Fatigue faible	Fatigue modérée	Fatigue forte	Fatigue très forte	Fatigue maximale
Pas de nausée	Nausées faibles	Nausées modérées	Nausées fortes	Nausées très fortes	Nausées maximales
Pas de déprime	Déprime faible	Déprime modérée	Déprime forte	Déprime très forte	Déprime maximale
Pas d'Anxiété	Anxiété faible	Anxiété modérée	Anxiété forte	Anxiété très forte	Anxiété maximale
Pas de Somnolence	Somnolence faible	Somnolence modérée	Somnolence forte	Somnolence très forte	Somnolence maximale
Pas de Manque Appétit	Manque Appétit faible	Manque Appétit modéré	Manque Appétit fort	Manque Appétit très fort	Manque Appétit maximal
Pas de Peine à respirer	Peine à respirer faible	Peine à respirer modérée	Peine à respirer forte	Peine à respirer très forte	Peine à respirer maximale
Pas de Mal-être	Mal-être faible	Mal-être modéré	Mal-être fort	Mal-être très fort	Mal-être maximal
<i>Autre symptôme (sudation, bouche sèche, vertige, sommeil, etc.) :</i>					
Pas de symptôme	Symptôme faible	Symptôme modéré	Symptôme fort	Symptôme très fort	Symptôme maximal