

Charte d'évaluation de la douleur chez le chien

0 Pas Douleur		<input type="checkbox"/> R: Respire sans difficulté <input type="checkbox"/> V: Regard brillant et vif <input type="checkbox"/> D: Démarche normale et sans boiterie <input type="checkbox"/> A: Enjoué et initie le jeu	<input type="checkbox"/> A: Mange et boit normalement <input type="checkbox"/> A: Joyeux; S'intéresse à son environnement et aux jeux; Cherche l'attention <input type="checkbox"/> P: Confortable au repos et lors des jeux; Oreilles hautes et remue la queue <input type="checkbox"/> P: Aime être touché et apprécie les caresses; Détendu
1-2 Douleur Légère		<input type="checkbox"/> R: Respire sans difficulté <input type="checkbox"/> V: Regard brillant et alerte <input type="checkbox"/> D: Démarche normale, mais peu démontrer une très légère boiterie <input type="checkbox"/> A: Plus lent à s'allonger ou à se relever	<input type="checkbox"/> A: Mange et boit normalement <input type="checkbox"/> A: Enjoué et intéressé, mais de façon plus modérée avec des moments de pause <input type="checkbox"/> P: Change de position occasionnellement: queue portée légèrement plus basse et oreilles vers l'arrière <input type="checkbox"/> P: Aime être touché et apprécie les caresses; Détendu
3-4 Douleur Modérée		<input type="checkbox"/> R: Halètements intermittents <input type="checkbox"/> V: Regard un peu plus terne +/- front légèrement plissé <input type="checkbox"/> D: Lent à s'allonger et à se relever; Boiterie possible <input type="checkbox"/> A: Légèrement plus instable et agité; Peut sembler inconfortable	<input type="checkbox"/> A: Appétit difficile ou capricieux (n'accepte souvent que les gâteries ou la nourriture de table) <input type="checkbox"/> A: Modéré; Se montre moins enthousiaste ou n'engage plus le jeu <input type="checkbox"/> P: Difficulté à s'accroupir ou à lever la patte pour uriner; queue plus basse et oreilles vers l'arrière <input type="checkbox"/> P: Supporte d'être touché sauf aux endroits douloureux; Se retourne pour voir où on le touche; Un peu tendu
5-6 Douleur Modérée à sévère		<input type="checkbox"/> R: Halètements fréquents +/- efforts respiratoires <input type="checkbox"/> V: Regard terne et expression inquiète <input type="checkbox"/> D: Très lent à s'allonger et à se relever; Mouvements hésitants; Monte/descend difficilement les escaliers; Réticent à répondre lorsqu'on l'appelle; Boiterie plus évidente <input type="checkbox"/> A: Semble peu désireux d'interagir, mais encore capable de répondre aux stimuli de son environnement; Boiterie évidente à la marche +/- lèche la région douloureuse	<input type="checkbox"/> A: Pertes d'appétit fréquentes <input type="checkbox"/> A: Anxieux, perturbé ou agité; Incapable de bien se reposer ou de dormir <input type="checkbox"/> P: Port anormal du poids en position debout; difficulté à s'accroupir pour déféquer, dos rond, ventre creusé, tête et queue portées basses, oreilles tirées vers l'arrière; Change fréquemment de position <input type="checkbox"/> P: Éloigne les zones douloureuses lorsqu'on le touche; Modérément tendu
7-8 Douleur Sévère		<input type="checkbox"/> R: Augmentation de la fréquence et des efforts respiratoires ; Épisodes d'halètement fréquents <input type="checkbox"/> V: Regard terne et expression affligée <input type="checkbox"/> D: Difficulté évidente à s'allonger et à se relever; Ne porte pas de poids sur le membre affecté; Évite les escaliers; Boiterie évidente <input type="checkbox"/> A: Évite les interactions avec les membres de la famille ou l'environnement; Reste couché ou se cache; Lèche fréquemment la région douloureuse	<input type="checkbox"/> A: Perte d'appétit; Peut refuser de boire <input type="checkbox"/> A: Agité, apeuré, inquiet, s'isole et potentiellement agressif <input type="checkbox"/> P: Queue entre les pattes, oreilles vers l'arrière, posture anormale lorsque debout, hésite à se déplacer ou à se lever <input type="checkbox"/> P: Se crispe lorsque touché aux endroits douloureux; Peut vocaliser lorsque douloureux; Protège les zones douloureuses en s'écartant ou en se repositionnant
9-10 Douleur Extrême		<input type="checkbox"/> R: Halètements ; Fréquence et efforts respiratoires augmentés <input type="checkbox"/> V: Regard terne et expression paniquée <input type="checkbox"/> D: Peut refuser de se mettre debout; Refuser de faire plus de quelques pas; Ne porte pas de poids sur le membre douloureux <input type="checkbox"/> A: Difficilement distrait de la douleur malgré un toucher doux ou une voix apaisante	<input type="checkbox"/> A: Se désintéresse de la nourriture et de l'eau <input type="checkbox"/> A: Déprimé, léthargique; Peut vocaliser en douleur; En détresse au repos <input type="checkbox"/> P: Souvent allongé ou couché sur le côté; Peut préférer être recroquevillé ou très étiré; Oreilles vers l'arrière <input type="checkbox"/> P: Très crispé lorsque touché; Ne tolère pas être touché aux endroits douloureux; Démonstre de la peur même lorsque touché au niveau de zones non douloureuses

Changements physiques ou de comportements spécifiques que vous avez notés :

Respiration : _____
 Vision : _____
 Démarche : _____
 Activité : _____
 Appétit : _____
 Attitude : _____
 Posture : _____
 Palpation : _____