# Journal de la douleur



**Nom de la personne** _____

**Semaine du** _____

| Date | Heure | Où | Douleur (de 0 à 10) | Type de douleur | Médicament pris | Ce qui a aidé |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |