Brief Pain Inventory (Short Form)

Bron: Cleeland, C. S. & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore, 23,* 129-138.

1903

PLEASE USE BLACK INK PEN

Date: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐
(month) (day) (year)

Subject's Initials : ______________

Study Subject #: ☐☐☐☐

Study Name: ______________________________

Protocol #: ______________________________

PI: ______________________________

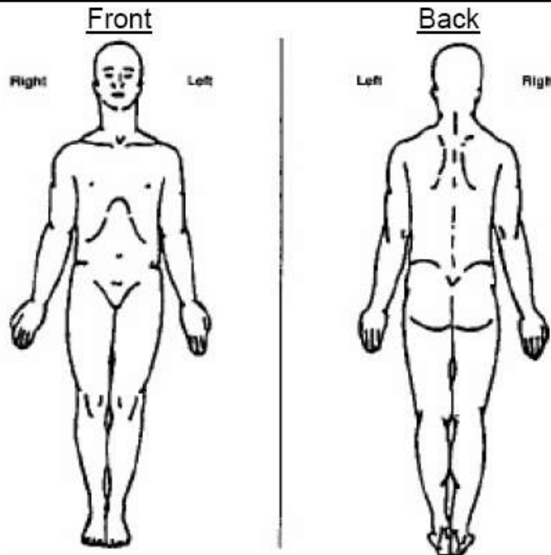
Revision: 07/01/05

Brief Pain Inventory (Short Form)

1. Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?

☐ Yes ☐ No

2. On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.



3. Please rate your pain by marking the box beside the number that best describes your pain at its worst in the last 24 hours.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

No Pain — Pain As Bad As You Can Imagine

4. Please rate your pain by marking the box beside the number that best describes your pain at its least in the last 24 hours.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

No Pain — Pain As Bad As You Can Imagine

5. Please rate your pain by marking the box beside the number that best describes your pain on the average.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

No Pain — Pain As Bad As You Can Imagine

6. Please rate your pain by marking the box beside the number that tells how much pain you have right now.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

No Pain — Pain As Bad As You Can Imagine

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
Pain Research Group
All rights reserved

1903

PLEASE USE BLACK INK PEN

Date: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐
(month) (day) (year)

Subject's Initials : ________

Study Subject #: ☐☐☐☐

Study Name: ________

Protocol #: ________

PI: ________

Revision: 07/01/05

7. What treatments or medications are you receiving for your pain?

8. In the last 24 hours, how much relief have pain treatments or medications provided? Please mark the box below the percentage that most shows how much relief you have received.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
☐ No Relief	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Complete Relief

9. Mark the box beside the number that describes how, during the past 24 hours, pain has interfered with your:

A. General Activity

☐ 0 Does Not Interfere ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Completely Interferes

B. Mood

☐ 0 Does Not Interfere ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Completely Interferes

C. Walking ability

☐ 0 Does Not Interfere ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Completely Interferes

D. Normal Work (includes both work outside the home and housework)

☐ 0 Does Not Interfere ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Completely Interferes

E. Relations with other people

☐ 0 Does Not Interfere ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Completely Interferes

F. Sleep

☐ 0 Does Not Interfere ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Completely Interferes

G. Enjoyment of life

☐ 0 Does Not Interfere ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Completely Interferes

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
Pain Research Group
All rights reserved

Reprinted with permission from Dr. C. Cleeland.

Brief Pain Inventory (Short Form)

64045

UTILISER DE L'ENCRE NOIRE

Date: ___ / ___ / ___
(mois) (jour) (année)

Initiales du patient: __________

Numéro d'ordre: ____

Nom de l'étude: __________________

Numéro du protocole: __________________

Chercheur principal: __________________

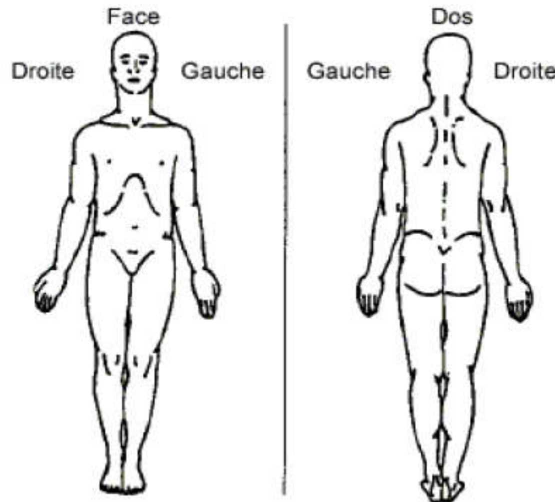
Révision: 01/07/05

Questionnaire concis sur les douleurs (Format Réduit)

1. Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents). Avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs "familières" aujourd'hui?

☐ Oui ☐ Non

2. Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un "X" à l'endroit où vous ressentissez la douleur la plus intense.



3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus intense que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Pas de douleur — Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Pas de douleur — Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

5. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur en général.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Pas de douleur — Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

6. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur en ce moment.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Pas de douleur — Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
Pain Research Group
All rights reserved

64045

Date: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐
(mois) (jour) (année)

Initiales du patient: ____________

Numéro d'ordre: ☐☐☐☐

UTILISER DE L'ENCRE NOIRE

Nom de l'étude: ______________________________

Numéro du protocole: __________________

Chercheur principal: __________________

Révision: 01/07/05

7. Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur?

8. Pendant les dernières 24 heures, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté; pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue?

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
☐ Aucune amélioration	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Amélioration complete

9. Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, pendant les dernières 24 heures, la douleur a gêné votre:

A. Activité générale

☐ 0 Ne gêne pas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Gêne completement

B. Humeur

☐ 0 Ne gêne pas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Gêne completement

C. Capacité à marcher

☐ 0 Ne gêne pas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Gêne completement

D. Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

☐ 0 Ne gêne pas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Gêne completement

E. Relations avec les autres

☐ 0 Ne gêne pas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Gêne completement

F. Sommeil

☐ 0 Ne gêne pas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Gêne completement

G. Goût de vivre

☐ 0 Ne gêne pas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Gêne completement

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
Pain Research Group
All rights reserved

Reprinted with permission from Dr. C. Cleeland.