

McGill Pain Questionnaire

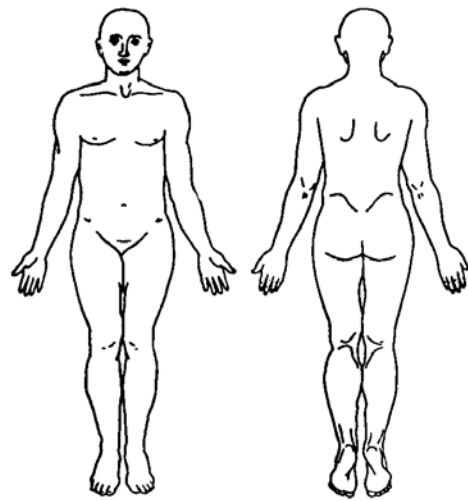
Source: Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNING	11 TIRING EXHAUSTING
2 JUMPING FLASHING SHOOTING	12 SICKENING SUFFOCATING
3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING	13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING
4 SHARP CUTTING LACERATING	14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING
5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING	15 WRETCHED BLINDING
6 TUGGING PULLING WRENCHING	16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE
7 HOT BURNING SCALDING SEARING	17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING
8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING	18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING
9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY	19 COOL COLD FREEZING
10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING	20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING
	PPI
	0 NO PAIN
	1 MILD
	2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING

BRIEF _____	RHYTHMIC _____	CONTINUOUS _____
MOMENTARY _____	PERIODIC _____	STEADY _____
TRANSIENT _____	INTERMITTENT _____	CONSTANT _____



E = EXTERNAL
I = INTERNAL

COMMENTS:

© R. MELZACK, 1975

Reprinted with permission from Dr. R. Melzack.

McGill Pain Questionnaire

Source : Delorme, T., Wood, C., Bataillard, A., Pichard, E., Dauchy, S., Orbach, D. et al. (2003). *Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer*. Paris: Rapport integral de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer.

A	<input type="checkbox"/>	Battements	H	<input type="checkbox"/>	Picotements
	<input type="checkbox"/>	Pulsations		<input type="checkbox"/>	Fourmillements
	<input type="checkbox"/>	Elancements		<input type="checkbox"/>	Démangeaisons
	<input type="checkbox"/>	En éclairs			
	<input type="checkbox"/>	Décharges électriques		<input type="checkbox"/>	Engourdissement
	<input type="checkbox"/>	Coups de marteau		<input type="checkbox"/>	Lourdeur
				<input type="checkbox"/>	Sourde
B	<input type="checkbox"/>	Rayonnante	J	<input type="checkbox"/>	Fatigante
	<input type="checkbox"/>	Irradiation		<input type="checkbox"/>	Epuisante
				<input type="checkbox"/>	Ereintante
C	<input type="checkbox"/>	Piqûre	K	<input type="checkbox"/>	Nauséuse
	<input type="checkbox"/>	Coupure		<input type="checkbox"/>	Suffocante
	<input type="checkbox"/>	Pénétrante		<input type="checkbox"/>	Syncopale
	<input type="checkbox"/>	Transperçante			
	<input type="checkbox"/>	Coup de poignard			
D	<input type="checkbox"/>	Pincement	L	<input type="checkbox"/>	Inquiétante
	<input type="checkbox"/>	Serrement		<input type="checkbox"/>	Oppressante
	<input type="checkbox"/>	Compression		<input type="checkbox"/>	Angoissante
	<input type="checkbox"/>	Ecrasement			
	<input type="checkbox"/>	En étau	M	<input type="checkbox"/>	Harcelante
	<input type="checkbox"/>	Broiement		<input type="checkbox"/>	Obsédante
				<input type="checkbox"/>	Cruelle
E	<input type="checkbox"/>	Tiraillement		<input type="checkbox"/>	Torturante
	<input type="checkbox"/>	Etirement		<input type="checkbox"/>	Supplicante
	<input type="checkbox"/>	Distension	N	<input type="checkbox"/>	Gênante
	<input type="checkbox"/>	Déchirure		<input type="checkbox"/>	Désagréable
	<input type="checkbox"/>	Torsion		<input type="checkbox"/>	Pénible
	<input type="checkbox"/>	Arrachement		<input type="checkbox"/>	Insupportable
F	<input type="checkbox"/>	Chaleur	O	<input type="checkbox"/>	Enervante
	<input type="checkbox"/>	Brûlure		<input type="checkbox"/>	Exaspérante
				<input type="checkbox"/>	Horripilante
G	<input type="checkbox"/>	Froid	P	<input type="checkbox"/>	Déprimante
	<input type="checkbox"/>	Glace		<input type="checkbox"/>	Suicidaire

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez en général. Sélectionnez les qualificatifs qui correspondent à ce que vous ressentez. Dans chaque groupe de mots, choisir le mot le plus exact. Précisez la réponse en donnant une note de 0 à 4 selon le code suivant :

0	absent / pas du tout
1	faible / un peu
2	modéré / moyennement
3	fort / beaucoup
4	extrêmement fort / extrêmement

Reprinted with permission from the 'Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer'.

Short form McGill Pain Questionnaire

Source : Melzack, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30, 191-197.

PATIENT'S NAME: _____

DATE: _____

	<u>NONE</u>	<u>MILD</u>	<u>MODERATE</u>	<u>SEVERE</u>
THROBBING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SHOOTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
STABBING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SHARP	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
CRAMPING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
GNAWING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
HOT-BURNING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
ACHING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
HEAVY	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
TENDER	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SPLITTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
TIRING-EXHAUSTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SICKENING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
FEARFUL	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
PUNISHING-CRUEL	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

NO PAIN |-----| WORST POSSIBLE PAIN

P P I

- 0 NO PAIN _____
- 1 MILD _____
- 2 DISCOMFORTING _____
- 3 DISTRESSING _____
- 4 HORRIBLE _____
- 5 EXCRUCIATING _____

© R. Melzack, 1984

Reprinted with permission from Dr. R. Melzack.

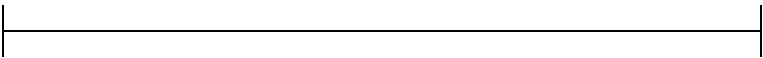
Questionnaire de McGill sur la douleur: version abrégée (SF-MPQ)

A. VEUILLEZ DECRIRE LE TYPE DE DOULEUR QUE VOUS AVEZ EU AU COURS DE CETTE DERNIERE SEMAINE. (Cochez (X) une case par ligne.)

	Pas cet aspect de la	Légère	Modérée	Forte
1. Qui élance	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Fulgurante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Comme des coups de poignard	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Vive	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Pareille à une crampe	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Qui vous ronge physiquement	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Chaude – brûlante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Sourde	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Qui pèse	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Sensible au toucher	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Qui vous réduit en miettes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Fatigante – épuisante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. A donner la nausée	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Angoissante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Epuisante – cruelle	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

B. VEUILLEZ EVALUER VOTRE DOULEUR AU COURS DE CETTE DERNIERE SEMAINE.

La ligne ci-dessous représente l'intensité grandissante de la douleur, allant de "pas de douleur" à "douleur la plus forte que l'on puisse imaginer". Faites un trait vertical (|) sur la ligne à l'endroit qui indique le mieux la force de votre douleur au cours de cette dernière semaine.

	Douleur la plus forte que l'on puisse imaginer	<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 33px; height: 20px;"></td> <td style="width: 33px; height: 20px;"></td> <td style="width: 33px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
Pas de douleur		Score in mm <i>(Investigator's use only)</i>			

C. INTENSITE ACTUELLE DE VOTRE DOULEUR.

- ₀ Pas de douleur
- ₁ Légère
- ₂ Modérée
- ₃ Forte
- ₄ Très forte
- ₅ Insupportable

© Copyright R. Melzack, 1984/1987

Reprinted with permission from Dr. R. Melzack.