

# SEMAINE 1

AGENDA

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
<b>INTENSITÉ DE LA DOULEUR</b>							
Jour							
Nuit							
Douleur de fond							
Accès douloureux							
<b>SENSATIONS</b>							
Durée							
Type :							
<i>Brûlure</i>							
<i>Sensation de froid douloureux</i>							
<i>Décharges électriques</i>							
<i>Fourmillements</i>							
<i>Picotements</i>							
<i>Engourdissement</i>							
<i>Démangeaisons</i>							
<b>FACTEURS DIMINUANT LA DOULEUR</b>							
Chaud, froid							
Frottement							
Repos / Activité							
Médicaments : <i>Lesquels</i>							
<i>Horaires</i>							
<i>Effets secondaires</i>							
TENS (stimulateur transcutané)							
Autre(s)							
<b>FACTEURS AGGRAVANTS OU DÉCLENCHANTS</b>							
Contact de la peau							
Posture							
Mouvement / Repos							
Fatigue							
Contrariété, émotions, stress							
Autre(s)							
<b>GÉRER LE STRESS</b>							
Relaxation, détente							
Distractions, loisirs							
<b>ACTIVITÉS</b>							
Professionnelles							
Loisirs							
Physiques : <i>Lesquelles</i>							
<i>Durée</i>							
<i>Fractionnement dans la journée</i>							