Echelle **S**implifiée d'évaluation de la **D**ouleur chez les personnes **D**yscommunicantes avec troubles du spectre de l'**A**utisme

ESDDA

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EVALUEE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Mode d'emploi: Répondre à chaque item par OUI ou NON, un TOTAL > 2 OUI fait suspecter une douleur.

Date de l'évaluation	…../…../…..		…../…../…..		…../…../…..		…../…../…..		…../…../…..		…../…../…..		…../…../…..	
Heure	…..h…..		…..h…..		…..h…..		…..h…..		…..h…..		…..h…..		…..h…..	
	OUI	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**
1. Comportement *modifié par rapport à l'habitude?*														
2. Mimiques et expressions du visage *modifié par rapport à l'habitude?*														
3. Plaintes (cris, gémissements…) *modifié par rapport à l'habitude?*														
4. Sommeil *modifié par rapport à l'habitude?*														
5. Opposition lors de soins														
6. Zone douloureuse identifiée à l'examen														
TOTAL DE OUI	**/6**		**/6**		**/6**		**/6**		**/6**		**/6**		**/6**	
Complétée par														