

3. Scheda gestione (A1)

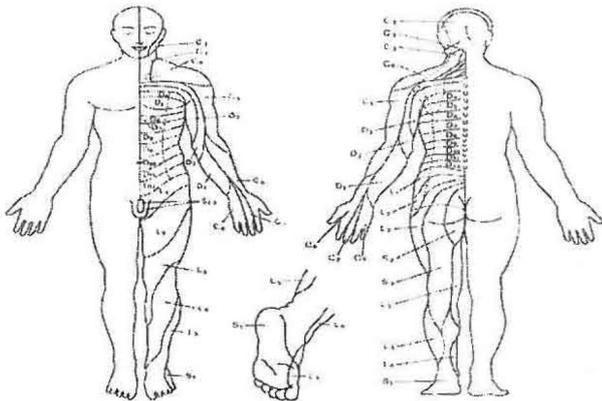
R.S.

SCHEDA VALUTAZIONE CLINICA DEL DOLORE

nome	data
cartella n°	U.O.
diagnosi d'ingresso	

foglio n.

logo ospedale



Dolore	
<input type="checkbox"/> acuto	<input type="checkbox"/> somatico
<input type="checkbox"/> cronico	<input type="checkbox"/> viscerale
<input type="checkbox"/> riacutiz. in dolore cronico	<input type="checkbox"/> a riposo
<input type="checkbox"/> breakthrough pain	<input type="checkbox"/> in movim.
sede (S)	
irradiazione (I)	
da quanto tempo è presente il dolore	

come descrive il suo dolore?	<input type="checkbox"/> crampiforme	<input type="checkbox"/> urente	<input type="checkbox"/> elettrico
<input type="checkbox"/> tagliente	<input type="checkbox"/> sordo	<input type="checkbox"/> gravativo	<input type="checkbox"/> costrittivo
<input type="checkbox"/> pulsante	<input type="checkbox"/> altro (specificare)		
disturbi neurologici associati	<input type="checkbox"/> anestesia	<input type="checkbox"/> ipoestesia	<input type="checkbox"/> iperestesia
<input type="checkbox"/> parestesie	<input type="checkbox"/> iperalgesia	<input type="checkbox"/> allodinia	<input type="checkbox"/> prurito
<input type="checkbox"/> deficit motori	<input type="checkbox"/> altro/note		

note anamnestiche relative al dolore

diagnosi algologica

NRS segnare una X sul numero corrispondente all'intensità del dolore

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NO DOLORE	LIEVE	MODERATO	FORTE	INSOPPORTABILE					

dolore nocettivo

dolore neuropatico

O: il dolore non interferisce; 1: interferisce a volte; 2: interferisce spesso o sempre

attività lavorativa	O	1	2	il dolore le impedisce di dormire	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
relazioni sociali ed interpersonali	O	1	2	note d'ansia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
relazioni affettive	O	1	2	note di depressione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

terapia effettuata

terapia in corso

terapia prescritta

firma medico



rivalutazione

data _____	ora _____	nrs _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
note	    											
			NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE									
firma												
data _____	ora _____	nrs _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
note	    											
			NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE									
firma												
data _____	ora _____	nrs _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
note	    											
			NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE									
firma												
data _____	ora _____	nrs _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
note	    											
			NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE									
firma												
data _____	ora _____	nrs _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
note	    											
			NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE									
firma												
data _____	ora _____	nrs _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
note	    											
			NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE									
firma												
data _____	ora _____	nrs _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
note	    											
			NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE									
firma												

