



SCHEDA VALUTAZIONE DOLORE

Rev.0.0

03/08/2021

Pagina 1 di 1

Nome			
Nato/a il		a	Anni
Residenza			
Telefono			
e-mail		CF	
care-giver		Tel.	
Medico Curante			
DIAGNOSI			
DATA		ORA	
DOLORE	ACUTO		
	CRONICO		
	BREAKTHROUGH PAIN	n. episodi	
	SOMATICICO		
	VISCERALE		
	A RIPOSO		
	IN MOVIMENTO		
SEDE			
IRRADIAZIONE			
DA QUANTO TEMPO?			
CARATTERISTICHE	TAGLIENTE		DISTURBI ASSOCIATI
	PULSANTE		
	CRAMPIFORME		
	SORDO		
	URENTE		
	GRAVATIVO		
	ELETTRICO		
	COSTRITTIVO		
	ALTRO		
	ANESTESIA		
	IPOESTESIA		
	IPERESTESIA		
	PARESTESIA		
	IPERALGESIA		
	ALLODINIA		
	PRURITO		
	DEFICIT MOTORI		
	ALTRO		
NRS			
IL DOLORE INTERFERISCE CON L'ATTIVITA' GIORNALIERA			
ANSIA DEPRESSIONE			
IL DOLORE LE IMPEDISCE DI DORMIRE			
TERAPIA EFFETTUATA			
TERAPIA IN CORSO			
TERAPIA PRESCRITTA			

Firma _____