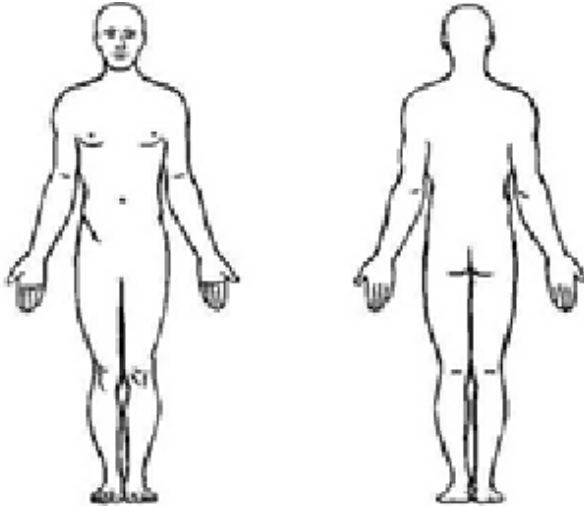


rev. 0.0 2023

**DATI PAZIENTE**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



<b>Dolore</b>	
<input type="checkbox"/> acuto	<input type="checkbox"/> somatico
<input type="checkbox"/> cronico	<input type="checkbox"/> viscerale
<input type="checkbox"/> cronico riacutizzato	<input type="checkbox"/> a riposo
<input type="checkbox"/> breakthrough pain	<input type="checkbox"/> in movimento
Sede	
Irradiazione	
da quanto tempo è presente il dolore	

<b>Come descrive il suo dolore?</b>		<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)																																	
<b>Disturbi neurologici associati</b>		<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																																	
<b>Note anamnestiche relative al dolore</b>																																		
<b>Diagnosi algologica</b>																																		
NRS segnare una X sul numero corrispondente all'intensità del dolore		<input type="checkbox"/> dolore nocicettivo																																
<table border="0"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>NO DOLORE</td><td>LIEVE</td><td>MODERATO</td><td>FORTE</td><td colspan="6">INSOPPORTABILE</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											NO DOLORE	LIEVE	MODERATO	FORTE	INSOPPORTABILE						<input type="checkbox"/> dolore neuropatico		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																									
NO DOLORE	LIEVE	MODERATO	FORTE	INSOPPORTABILE																														
0: il dolore non interferisce 1: interferisce a volte 2: interferisce spesso o sempre																																		
attività lavorativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	il dolore le impedisce di dormire	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No																													
relazioni sociali o interpersonali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	note d'ansia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No																													
relazioni affettive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	note di depressione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No																													
terapia effettuata																																		
terapia in corso																																		
terapia prescritta																																		

firma medico