

**CONTROLLO del DOLORE pazienti collaboranti**

Sig. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

 Dolore controllato Dolore NON controllato**PROVOCAZIONE**

Cosa fa comparire il dolore? \_\_\_\_\_

➤ peggiorare il dolore? \_\_\_\_\_

➤ ridurre il dolore? \_\_\_\_\_

➤ scomparire il dolore? \_\_\_\_\_

E' correlato al movimento? si  no Interviene a riposo? si  no **QUALITA'**

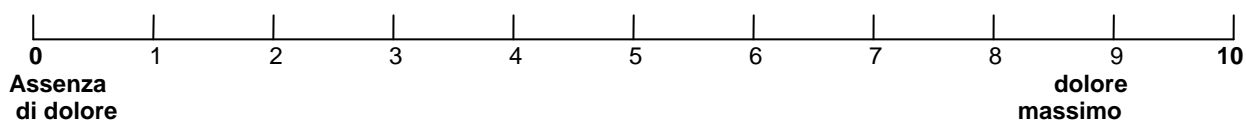
Come è e/o a cosa assomiglia il dolore?

- |                                      |                                       |  |                                      |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> peso        | <input type="checkbox"/> trafittivo   | <input type="checkbox"/> profondo      | <input type="checkbox"/> martellante |
| <input type="checkbox"/> punta       | <input type="checkbox"/> sordo        | <input type="checkbox"/> improvviso    | <input type="checkbox"/> nauseante   |
| <input type="checkbox"/> pugnata     | <input type="checkbox"/> localizzato  | <input type="checkbox"/> intermittente | <input type="checkbox"/> soffocante  |
| <input type="checkbox"/> scossa      | <input type="checkbox"/> diffuso      | <input type="checkbox"/> continuo      | <input type="checkbox"/> esasperante |
| <input type="checkbox"/> bruciatura  | <input type="checkbox"/> superficiale | <input type="checkbox"/> pulsante      | <input type="checkbox"/> snervante   |
| <input type="checkbox"/> altro _____ |                                       |  |                                      |

**IRRADIAZIONE**

Dove ha origine? \_\_\_\_\_

Dove si irradia? \_\_\_\_\_

**SEVERITA'****COME INTERFERISCE IL DOLORE CON LE SEGUENTI ATTIVITA'**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> respirazione            | <input type="checkbox"/> aliment./idrataz.   | <input type="checkbox"/> elim.intestinale | <input type="checkbox"/> elim. urinaria |
| <input type="checkbox"/> mobilizzazione          | <input type="checkbox"/> nel letto<br><input type="checkbox"/> letto/sedia<br><input type="checkbox"/> deambulazione | <input type="checkbox"/> igiene           | <input type="checkbox"/> riposo e sonno |
| <input type="checkbox"/> relazione con gli altri | <input type="checkbox"/> attività di svago   | <input type="checkbox"/> altro _____      |   |

**TEMPO**Il Dolore è continuo?  si  no

Se non è continuo quanto dura dall'insorgenza (minuti, ore)? \_\_\_\_\_

Prevale:  di giorno  di notte

Numeric Rating Scale (NRS)												
data	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	firma
	Assenza dolore	Dolore leggero			Dolore moderato			Dolore severo			Peggior dolore possibile	
verbal Rating Scale (NRS)												

DATO RILEVATO DA:  paziente  familiare  infermiere  medico

NOTE \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Numeric Rating Scale (NRS)												
data	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	firma
	Assenza dolore	Dolore leggero			Dolore moderato			Dolore severo			Peggior dolore possibile	
verbal Rating Scale (NRS)												

DATO RILEVATO DA:  paziente  familiare  infermiere  medico

NOTE \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Numeric Rating Scale (NRS)												
data	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	firma
	Assenza dolore	Dolore leggero			Dolore moderato			Dolore severo			Peggior dolore possibile	
verbal Rating Scale (NRS)												

DATO RILEVATO DA:  paziente  familiare  infermiere  medico

NOTE \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_