



SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

(Per bambini dai 3 ai 7 anni di età)

Data .....

**Paziente**

**Medico Compilante**

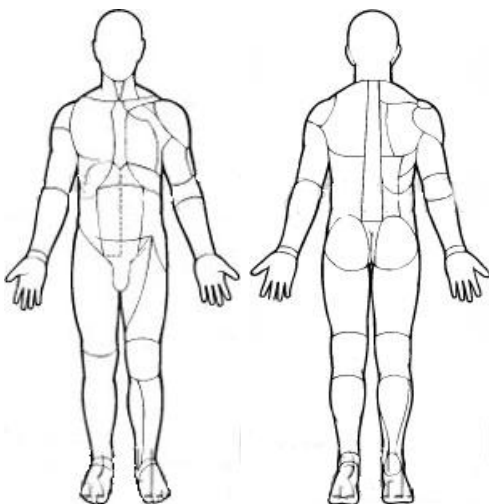
Compilare scala con le facce (Bieri)



Continuo:       Episodico:

Insorto da (giorni, mesi, anni).....

Sede :



Correlato verosimilmente a .....

Attuale terapia antidolorifica :

    fans .....  
    oppioidi .....

Programma di trattamento:

.....  
.....

- Procedere con il monitoraggio sistematico dell'intensità del dolore con scala con le facce secondo indicazioni del protocollo per U.O./ tipologia del dolore.