



**SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE**

(Per adulti e bambini di età maggiore a 7 anni)

Data .....

**Paziente**

**Medico Compilante**

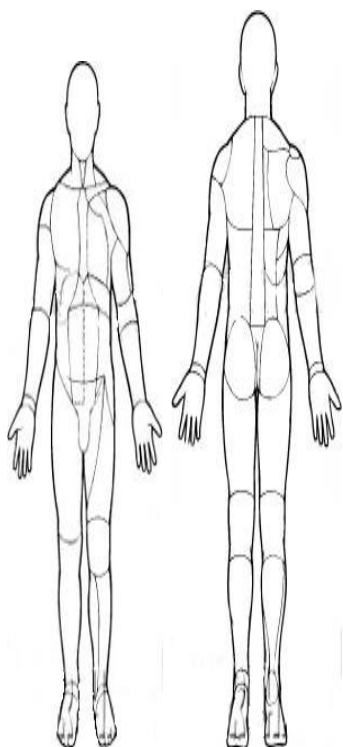
Se il paziente è in grado di comunicare: compilare NRS

DOLORE										
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Assente									Il peggiore possibile	

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 NRS secondo indicazioni del protocollo per U.O./ tipologia del dolore.