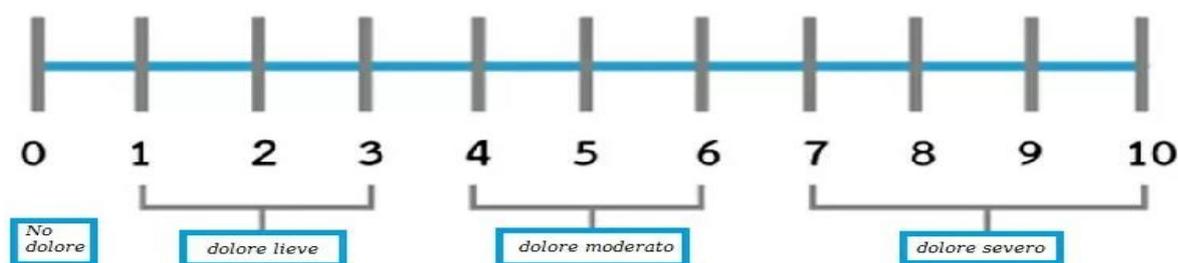


QUESTIONARIO DI PERCEZIONE DEL DOLORE

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA ___ / ___ / ___



Istruzioni:

- Mi indichi per favore con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al dolore peggiore possibile”
- Se il paziente contesta l’istruzione, dicendo per esempio che lui non può sapere qual è il dolore peggiore in assoluto, ricordargli che si tratta di una valutazione soggettiva e personale; chiedere di fare riferimento a quello che lui immagina essere il peggiore dolore
- Non mostrare o riferire al paziente la valutazione del dolore data in precedenza
- Non fare commenti sulla risposta data
- Ricordare sempre che la valutazione del dolore fatta dal paziente può essere influenzata da molteplici fattori soggettivi

Data contatto paziente: _____

effettuazione visita: _____

Valore precedente sulla scala: _____

Operatore compilante: _____