



REGIONE CALABRIA
Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
Compl. Ospedaliero Soverato – Chiaravalle
U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
AMBULATORIO TERAPIA DEL DOLORE
Responsabile Dr. Pantaleone Grande



TERAPIA DEL DOLORE

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Telefono	Indirizzo
Stato civile	Figli
Studi compiuti	Lavoro
Medico curante	Tel.

Storia del dolore

Quando e' iniziato il dolore ?	Mese _____, anno _____
In che maniera e' iniziato ?	
Dove sente il dolore ?	

E' modificato da quando e' iniziato?	No _____ si ed in che modo e' cambiato?
Qualcosa fa peggiorare il dolore ?	
Qualcosa fa migliorare il dolore ?	
Quando e' presente il dolore ?	
Com'e' l'andamento dell'intensita' ?	
Cosa crede causi il suo dolore ?	
Cosa si aspetta da questa visita ?	

Sulla scala dove 0 rappresenta l'assenza di dolore e 10 il piu' forte dolore immaginabile, dove e' localizzato il suo dolore ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Precedenti farmaci per il dolore

Nome	Dosaggio	Ha dato sollievo ?

**Precedenti trattamenti per il dolore
(interventi chirurgici, fisioterapia, agopuntura, ecc, ecc.)**

Tipo	Data	Ha dato sollievo ?

Qualcuna delle situazioni correnti la turba ?

Problemi finanziari	Cambio del lavoro	Problemi coniugali	Problemi familiari
Morte di un parente stretto	Altre cose	Non so spiegare	Niente

Interferenza del dolore con il sonno

Ore, profondamente addormentato		Ore, Agitato	
Ore, Sveglia nel letto		Ore, sveglia Fuori dal letto	

Storia medica generale

Precedenti malattie o interventi chirurgici	Data

Attuali problemi medici (oltre il dolore)

Fuma ?	No	Si	Quanto ?	
Beve alcolici ?	No	Si	Quanto ?	
E' cambiato il peso l'anno scorso ?	No	Si	Quanto ?	
Capacita' di partecipare ad attivit� social, ricreative ed agli hobbies:	Come prima	Poco meno di prima	Molto meno di prima	Non piu' capace

Interferenze del dolore con le attivita'
(una x nel rettangolo che meglio indica, a quale livello, tale attivita' e' difficile)

Attivita'	Mai	Qualche volta	Di frequente	Sempre	Non applicabile
Dormire					
Mangiare					
Lavoro					
Compiti scuola					
Attivita' sociali					
Lavori in casa					
Guidare					
Passeggiare					
Attivita' sessuali					
Altro					

**VALUTAZIONE DEL DOLORE ATTUALE
(0 INDICA NESSUN PROBLEMA E 5 PROBLEMA GRAVE)**

Fronte	0_1_2_3_4_5	<i>arto superiore destro</i>		<i>arto superiore sinistro</i>	
occhio destro	0_1_2_3_4_5	spalla destra	0_1_2_3_4_5	spalla sinistra	0_1_2_3_4_5
occhio sinistro	0_1_2_3_4_5	Scapola destra	0_1_2_3_4_5	scapola sinistra	0_1_2_3_4_5
Nuca	0_1_2_3_4_5	avambraccio dest.	0_1_2_3_4_5	avambraccio sin.	0_1_2_3_4_5
sommità del capo	0_1_2_3_4_5	gomito destro	0_1_2_3_4_5	gomito sinistro	0_1_2_3_4_5
tempia destra	0_1_2_3_4_5	Braccio destro	0_1_2_3_4_5	braccio sinistro	0_1_2_3_4_5
tempia sinistra	0_1_2_3_4_5	polso destro	0_1_2_3_4_5	polso sinistro	0_1_2_3_4_5
Mandibola	0_1_2_3_4_5	mano destra	0_1_2_3_4_5	mano sinistra	0_1_2_3_4_5
Faccia	0_1_2_3_4_5	dita destre	0_1_2_3_4_5	dita sinistre	0_1_2_3_4_5
Collo	0_1_2_3_4_5				

		arto inferiore destro		arto inferiore sinistro	
Schiena	0_1_2_3_4_5	Coscia (avanti)	0_1_2_3_4_5	Coscia (avanti)	0_1_2_3_4_5
zona lombare	0_1_2_3_4_5	coscia (dietro)	0_1_2_3_4_5	coscia (dietro)	0_1_2_3_4_5
Torace	0_1_2_3_4_5	ginocchio	0_1_2_3_4_5	ginocchio	0_1_2_3_4_5
Fianco destro	0_1_2_3_4_5	gamba	0_1_2_3_4_5	gamba	0_1_2_3_4_5
fianco sinistro	0_1_2_3_4_5	caviglia	0_1_2_3_4_5	caviglia	0_1_2_3_4_5
addome a destra	0_1_2_3_4_5	tallone	0_1_2_3_4_5	tallone	0_1_2_3_4_5
addome a sinistra	0_1_2_3_4_5	pianta piede	0_1_2_3_4_5	pianta piede	0_1_2_3_4_5
inguine destro	0_1_2_3_4_5	dita destre	0_1_2_3_4_5	dita sinistre	0_1_2_3_4_5
inguine sinistro	0_1_2_3_4_5				
Natica destra	0_1_2_3_4_5	ano	0_1_2_3_4_5	Karnofsky status	
natica sinistra	0_1_2_3_4_5	genitali	0_1_2_3_4_5		

Obiettività relativa al dolore			
Indagini Strumentali			
Esami ematochimici			
Radiografie		RMN	
		TAC	
		Scintigrafia ossea	
Consulenza ortopedica		Consulenza chirurgica	
Consulenza neurologica		Consulenza urologica	
Consulenza psichiatrica			

DIAGNOSI PRESUNTIVA ALL'ACCETTAZIONE	
data della 1 ^a visita	___/___/___

Trattamenti in corso

(P=esito positivo - M=mediocre - N=negativo - S=Effetti secondari)

Steroidi epidurali		
Narcotici epidurali		
Anestetici epidurali		
Blocco radici nervose paravertebr.		
Blocco intercostale		
Blocco plesso brachiale		
Blocco plesso lombare		
Blocco plesso sciatico		
Blocco punti trigger miofasciali		
Infiltrazione intrarticolare		
Blocco altri nervi		
Stretch + spray		
TENS		
Agopuntura		
Fisioterapia		
Psicoterapia		

Visite successive e trattamenti

	Data	Trattamento	Andamento dolore	VAS
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Follow-up

Mese	Andamento dolore	Terapia	Note

Data

Firma