

MAPPA DEL DOLORE



Nome

Età

Data

Professione

Attività fisica

Allergie

Fumo

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Durata del dolore

Sede del dolore

Tipo di dolore

Quando compare

☐ RX ☐ RMN ☐ TAC ☐ ECO

Digestione

Evacuazione

Pressione

Tiroide

Minzione

Mestruazioni

Analisi

Crampi

Gonfiore

Amalgame

☐ Calorico ☐ Freddoloso

Cuore

Che farmaci ha usato

Che farmaci assume

Che trattamenti ha avuto

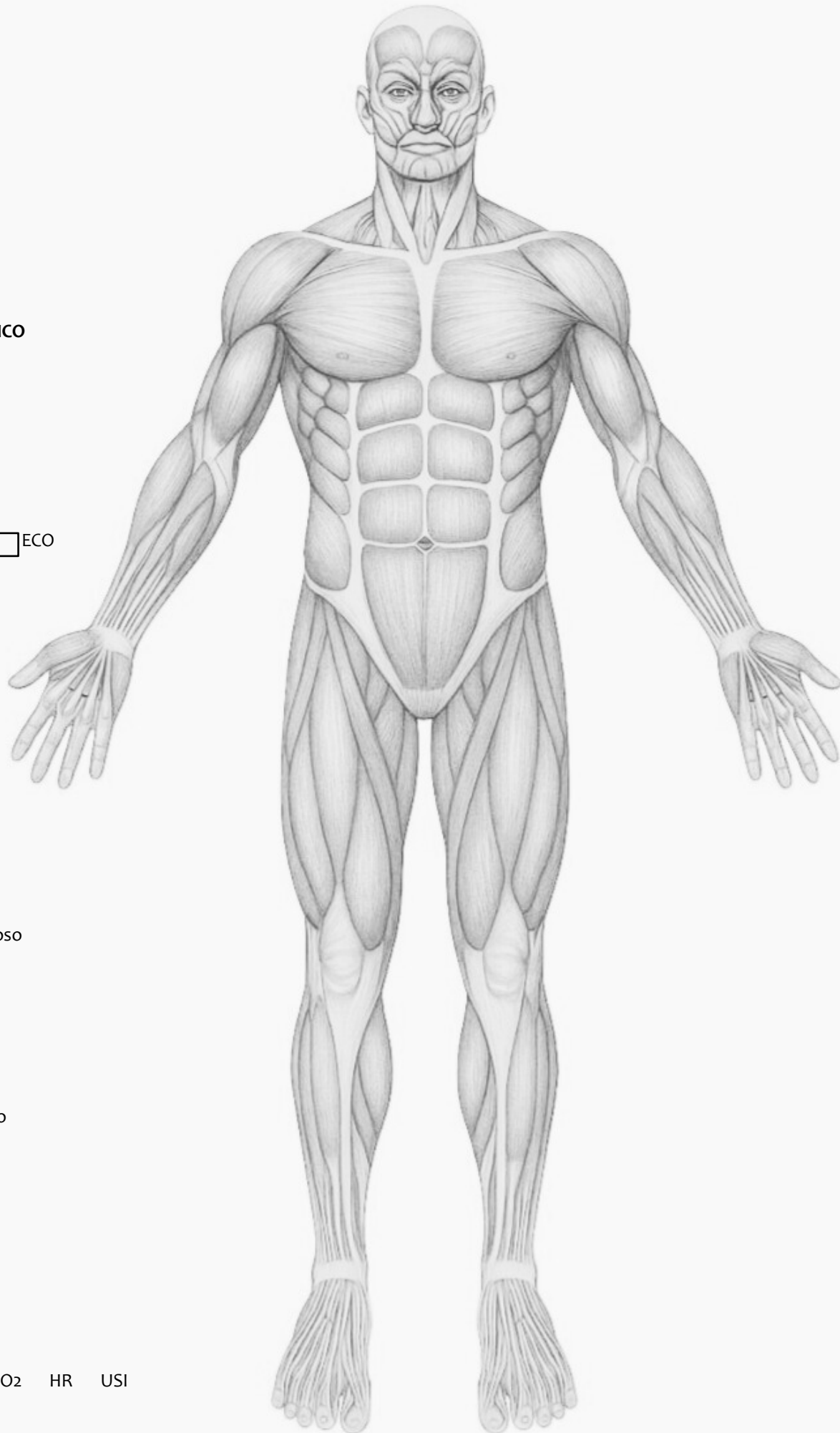
Interventi subiti

Gravidanze

Anamnesi Patologica

Altezza Peso

Gruppo sanguigno %SPO2 HR USI



Nessun dolore



Massimo dolore

Massimo dolore

Nessun dolore

CODICE DEL DOLORE "TRIAGE"

- ☐ **BIANCO** dolore solo evocato
- ☐ **VERDE** dolore percepito, uso di farmaci, da meno di 6 mesi
- ☐ **GIALLO** farmaci inefficaci o non tollerati, dolore anche notturno, dolore da più di 6 mesi
- ☐ **ROSSO** dolore presente dopo chirurgia e/o procedure, obbligo quotidiano di uso di farmaci, pregresso trattamento in centro di terapia del dolore

SIMBOLI DELLA MAPPA DI DOLORE

Evocato ○

Percepito ●

Profondo ○

Parestesie/Formicoli

Bruciore +++++++

VALUTAZIONE VAS

Prima della 1° seduta

Dopo la 1° seduta

VAS finale

RISULTATO CLINICO

Scomparsa dolori ☐

Riduzione parziale ☐

Riduzione ottimale ☐

Permangono punti ☐

APPLICAZIONI

1. ○ Data

2. ○ Data

3. ○ Data

4. ○ Data

5. ○ Data

6. ○ Data

7. ○ Data

8. ○ Data

TRATTAMENTO eseguito da Dr

Nessun dolore

Massimo dolore

