

	SCALA NUMERICA (Numeric Rating Scale) Valutazione intensità del dolore	Dipartimento Farmaceutico Dipartimento Area Intensiva e delle Emergenze UOSVD Rischio Clinico Coordinamento Aziendale U.O.S.V.D. Terapia del Dolore/Accessi Vascolari/Terapie Palliative
---	---	---

PRESIDIO OSPEDALIERO _____

UNITA' OPERATIVA _____

Cognome: **Nome:**

Data di nascita:/...../..... **Età** **Sesso:** M F

Data inizio rilevazione:/...../..... **Ora:**

INTENSITA'	VALUTAZIONE DELLA INTENSITA' DEL DOLORE																																							
10																																								
9																																								
8																																								
7																																								
6																																								
5																																								
4																																								
3																																								
2																																								
1																																								
0																																								
GIORNI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31									

Legenda:
0= Assenza di dolore
10= Massimo dolore
Cut-off per intervento/valutazione terapeutica =>4

Note: _____

