

McGILL PAIN QUESTIONNAIRE

(Schede modificate ai fini valutativi-anamnestici: Dr C. Antonelli)

Data..... Ora..... Paziente.....(SIGLA)

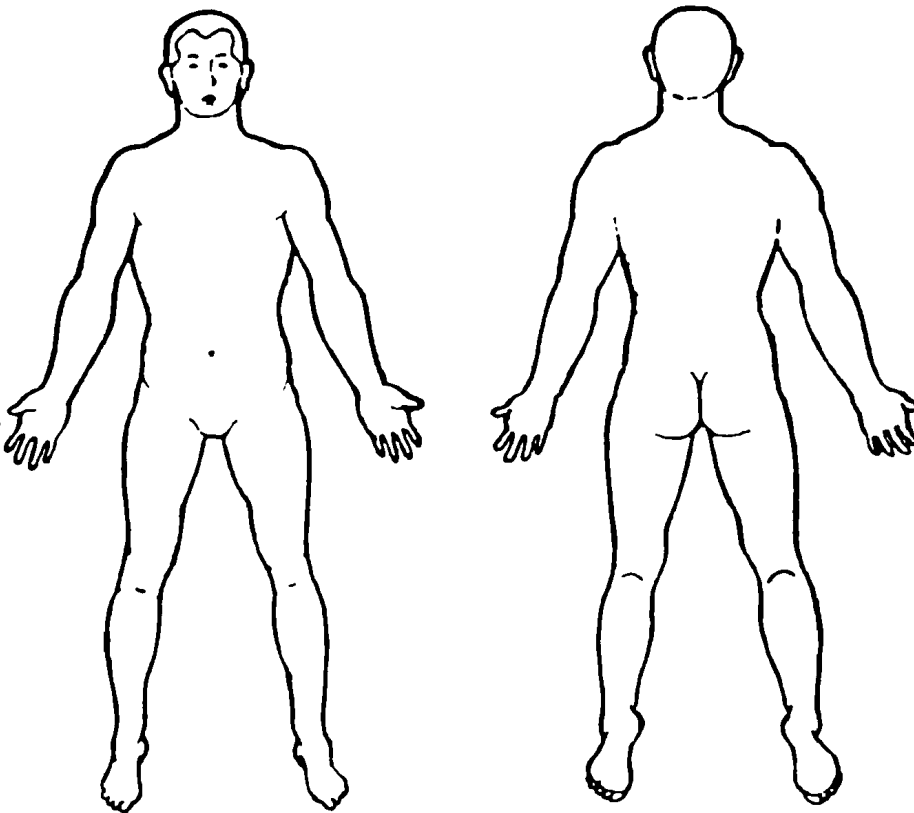
Età M F Dati anagrafici in scheda N°

SEDE DEL DOLORE

.....
.....
.....
.....

IRRADIAZIONE

.....
.....



Segnare con **E** le zone in cui è presente dolore esterno, con **I** se è presente un dolore interno, con **EI** se è presente sia dolore esterno che interno

Associazione con altre sensazioni: Segnare con **X** e specificare:

.....

INTENSITA' del suo dolore

Attuale Assente , Lievissimo , Moderato , Media intensità , Forte , Atroce

Nel momento peggiore Assente , Lievissimo , Moderato , Media intensità , Forte , Atroce

Quando è minimo Assente , Lievissimo , Moderato , Media intensità , Forte , Atroce

Intensità del suo peggior dolore mai provato: Assente , Lievissimo , Moderato , Media intensità , Forte , Atroce
causato da:

CARATTERISTICHE DEL DOLORE

QUALITA' (a cosa assomiglia)

.....

Altri sintomi

Nausea Cefalea Vertigini Sonnolenza

.....

DURATA e caratteristiche temporali

.....

.....

(Parole o gruppi di parole che possono descrivere meglio il modello del suo dolore)

- 1 costante regolare continuo
2 periodico ritmico intermittente
3 breve momentaneo transitorio

Cosa aumenta il dolore?

.....

.....

Cosa lo allevia?

.....

.....

Farmaci usati e dosaggio

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATI GENERALI

Altezza..... Peso..... Dieta

Attività fisica Sonno.....

Astenia..... Umore.....