

DA COMPILARSI A CURA DEL PAZIENTE

E' stato necessario chiedere farmaci per il dolore nelle prime 2 ore dopo l'intervento?

SI NO

Che intensità massima ha raggiunto il suo dolore dopo l'intervento?

Lo segni con una croce sulla scala qui sotto

NESSUN DOLORE | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | ATROCE

A che ora? **E' stato somministrato un farmaco?**

Come giudica nell'insieme il controllo del suo dolore dopo l'intervento?

INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONO OTTIMO

Ha avuto altri disturbi NO SI se si quali?

NAUSEA VOMITO TOSSE PRURITO MAL DI GOLA

BRUCIORE DI STOMACO ALTRO:

Ha osservazioni o consigli?

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

DA RESTITUIRE AL SERVIZIO DI ANESTESIA