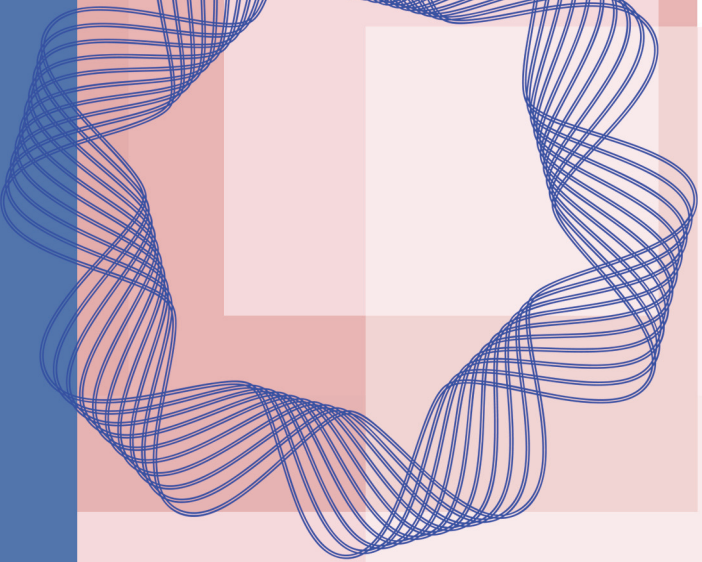


# Agenda del sollievo





# Dati personali del paziente

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale:

\_\_\_\_\_

## Riferimento Personale

Ruolo      Nome      Cognome      Telefono

Ruolo      Nome      Cognome      Telefono

Ruolo      Nome      Cognome      Telefono

Ruolo      Nome      Cognome      Telefono

Ruolo      Nome      Cognome      Telefono

### Spazio riservato al personale sanitario

Le chiediamo di segnalare nei campi sovrastanti il personale medico e infermieristico di riferimento per la gestione del dolore del paziente.

## Un'agenda per una vita senza dolore

Il dolore è un sintomo molto frequente. Nelle fasi iniziali di una malattia, il dolore può essere d'aiuto per stabilire una diagnosi esatta e garantire le migliori cure. Completata la diagnosi, il dolore è inutile e superfluo e può essere ridotto con una terapia adeguata fino a scomparire.

È importante che il medico sappia se il dolore è controllato e in caso contrario come, quando e quanto non lo sia.

Solo così il medico avrà la possibilità di modificare la terapia in maniera corretta ed adeguata.

Questa agenda è uno strumento semplice, ma di grande aiuto per lei ed il suo medico, per la rilevazione costante degli esiti delle terapie per il controllo del dolore. L'Agenda ha una durata di 3 mesi.

Trascorso questo periodo e completata l'Agenda, il medico o l'infermiere di riferimento provvederà a consegnarne una nuova da compilare nei successivi mesi.

### Come si utilizza l'Agenda?

Le chiediamo di compilare ogni giorno l'Agenda rispondendo alla domanda *"Quanto dolore provo in questo momento?"* e indicando con una croce il numero corrispondente all'entità del dolore che percepisce.

nessun dolore	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	massimo dolore immaginabile
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------------

Le chiediamo inoltre di segnalare qualsiasi osservazione in relazione al disturbo che lei ritiene importante, l'eventuale terapia aggiuntiva assunta e se è riuscito a dormire.

### Cos'altro può essere segnalato sull'Agenda?

Qualsiasi tipo di osservazione, che lei ritiene utile sottolineare per farci comprendere il "suo dolore"

Solo se vuole, può indicare la durata del dolore ed eventuali altri disturbi che sono presenti contemporaneamente.

### A chi si possono chiedere consigli?

In caso di necessità non esiti a contattare il suo medico o infermiere di riferimento attuale (il numero di telefono è indicato nelle prime pagine dell'Agenda)

### **Se il dolore non scompare dopo l'assunzione della terapia?**

Se il dolore persiste o si ripresenta nonostante la terapia di base, è importante che assuma la terapia aggiuntiva che il medico le ha consigliato. Per qualsiasi dubbio contatti il suo medico o infermiere di riferimento personale.

### **Se il dolore non scompare neanche dopo la terapia aggiuntiva?**

Contatti il suo medico o infermiere di riferimento personale per modificare la terapia del dolore. Indichi nelle note la momentanea inefficacia della terapia.

### **Se si presentano difficoltà nell'assunzione del farmaco?**

Contatti il suo medico o infermiere di riferimento personale.

### **Possono essere lasciate pagine vuote?**

Un'Agenda ben compilata è garanzia di una valutazione corretta, per cui è importante che tutti i giorni della settimana siano completi.

### **Una volta compilata l'Agenda?**

Porti l'Agenda sempre con se e la mostri a tutto il personale, medico e infermieristico, che la sta seguendo.

### **L'Agenda può essere compilata da un familiare?**

La rilevazione del dolore è soggettiva. È importante che sia il malato ad esprimere il valore numerico associato al dolore che sta provando in quel momento. La compilazione manuale dell'Agenda può, tuttavia, essere a cura di un familiare.

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

settimana dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

nessun  
dolore

massimo dolore  
immaginabile

9

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>
<i>mattina</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:
<i>pomeriggio</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:
<i>sera-notte</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<b>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</b>				
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?



settimana dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

nessun  
dolore

massimo dolore  
immaginabile

8

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>
<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	
<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	
<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
<b>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</b>				
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	



settimana dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

nessun  
dolore

massimo dolore  
immaginabile

10

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>
<i>mattina</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:
<i>pomeriggio</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:
<i>sera-notte</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<b>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</b>				
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?

venerdì	sabato	domenica	
<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>Di che cosa avrebbe bisogno per sentirsi meglio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Osservazioni:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</p>			
<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

➡ il dolore durante tutta la settimana è:  migliorato  peggiorato  invariato

settimana dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

nessun  
dolore

massimo dolore  
immaginabile

12

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>
<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	
<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	
<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
<b>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</b>				
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	



settimana dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

nessun  
dolore

massimo dolore  
immaginabile

14

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>
<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	
<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	
<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
<b>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</b>				
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	

venerdì	sabato	domenica	
<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>Di che cosa avrebbe bisogno per sentirsi meglio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Osservazioni:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</p>			
<p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> sì:</p> <p>a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> sì:</p> <p>a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> sì:</p> <p>a che ora?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

➔ il dolore durante tutta la settimana è:  migliorato  peggiorato  invariato

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

settimana dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

nessun  
dolore

massimo dolore  
immaginabile

16

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>
<i>mattina</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:
<i>pomeriggio</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   osservazioni:
<i>sera-notte</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10   ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<b>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</b>				
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?

venerdì	sabato	domenica	
<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>Di che cosa avrebbe bisogno per sentirsi meglio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Osservazioni:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</p>			
<p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> sì:</p> <p>    a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> sì:</p> <p>    a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> sì:</p> <p>    a che ora?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

➔ il dolore durante tutta la settimana è:  migliorato  peggiorato  invariato

settimana dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

nessun  
dolore

massimo dolore  
immaginabile

18

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>	
<i>mattina</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:
<i>pomeriggio</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:
<i>sera-notte</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<b>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</b>					
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	



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

settimana dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

nessun  
dolore

massimo dolore  
immaginabile

20

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>
<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	
<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	
<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
<b>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</b>				
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	

venerdì	sabato	domenica	
<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>Di che cosa avrebbe bisogno per sentirsi meglio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Osservazioni:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</p>			
<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

➔ il dolore durante tutta la settimana è:  migliorato  peggiorato  invariato

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

settimana dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

nessun  
dolore

massimo dolore  
immaginabile

22

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>
<i>mattina</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:
<i>pomeriggio</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:
<i>sera-notte</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<b>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</b>				
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?

venerdì	sabato	domenica	
<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>Di che cosa avrebbe bisogno per sentirsi meglio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Osservazioni:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</p>			
<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

➔ il dolore durante tutta la settimana è:  migliorato  peggiorato  invariato

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

settimana dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

nessun  
dolore

massimo dolore  
immaginabile

24

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>
<i>mattina</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:
<i>pomeriggio</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:
<i>sera-notte</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<b>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</b>				
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?

venerdì	sabato	domenica	
<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>Di che cosa avrebbe bisogno per sentirsi meglio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Osservazioni:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</p>			
<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

➔ il dolore durante tutta la settimana è:  migliorato  peggiorato  invariato

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

settimana dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

nessun  
dolore

massimo dolore  
immaginabile

26

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>
<i>mattina</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:
<i>pomeriggio</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:
<i>sera-notte</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<b>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</b>				
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?



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

settimana dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

nessun  
dolore

massimo dolore  
immaginabile

28

lunedì	martedì	mercoledì	giovedì
<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>
<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>
<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>
<p>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</p>			
<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>



settimana dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

nessun  
dolore

massimo dolore  
immaginabile

30

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>
<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	
<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	
<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
<b>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</b>				
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	

venerdì	sabato	domenica	
<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>Di che cosa avrebbe bisogno per sentirsi meglio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Osservazioni:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</p>			
<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

➔ il dolore durante tutta la settimana è:  migliorato  peggiorato  invariato

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

settimana dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

nessun  
dolore

massimo dolore  
immaginabile

32

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>
<i>mattina</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:
<i>pomeriggio</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:
<i>sera-notte</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<b>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</b>				
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?

venerdì	sabato	domenica	
<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>Di che cosa avrebbe bisogno per sentirsi meglio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Osservazioni:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</p>			
<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

➔ il dolore durante tutta la settimana è:  migliorato  peggiorato  invariato

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

settimana dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

nessun  
dolore

massimo dolore  
immaginabile

34

	<b>lunedì</b>	<b>martedì</b>	<b>mercoledì</b>	<b>giovedì</b>
<i>mattina</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:
<i>pomeriggio</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:	<i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  osservazioni:
<i>sera-notte</i>	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  -----  ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<b>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</b>				
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: a che ora?

venerdì	sabato	domenica	
<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>mattina</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>Di che cosa avrebbe bisogno per sentirsi meglio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p><i>pomeriggio</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>osservazioni:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>sera-notte</i> 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</p> <p>_____</p> <p>ha dormito bene? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Osservazioni:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Ha fatto terapia aggiuntiva per il dolore?</p>			
<p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> sì:</p> <p>a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> sì:</p> <p>a che ora?</p>	<p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> sì:</p> <p>a che ora?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

➔ il dolore durante tutta la settimana è:  migliorato  peggiorato  invariato

## Per il medico

### **Cos'è L'Agenda del Sollievo?**

L'Agenda del Sollievo è uno strumento condiviso di valutazione del dolore, basato sull'autocompilazione da parte del paziente, della scala numerica del dolore nei tre momenti principali della giornata.

### **Quando si utilizza l'Agenda del Sollievo?**

Nel momento in cui compare un dolore cronico il medico deve impostare un'adeguata terapia, consegnare l'Agenda del Sollievo ed illustrare al paziente, come utilizzare l'Agenda e chi chiamare in caso di necessità.

### **Cosa deve essere riportato nell'Agenda?**

Il medico deve riportare nell'Agenda i propri recapiti telefonici e, se ritiene, indicare la terapia o allegare un documento che la contenga.

### **Come bisogna comportarsi quando si prende visione di un'Agenda attivata da un altro medico?**

Bisogna valutare l'andamento del dolore ed impostare eventuali modifiche, prendendo contatto con il medico di riferimento che ha indicato i propri recapiti nelle prime pagine dell'Agenda.

### **Cosa bisogna fare dell'Agenda compilata in tutte le parti?**

L'Agenda dovrà essere inviata al Servizio Rete Cure Palliative c/o Hospice Bellaria via Altura n° 11 Pad. Tinozzi, 40139 Bologna.

Allo stesso indirizzo possono essere richieste ulteriori copie

### **A chi ci si può rivolgere per informazioni?**

Si può consultare il sito <http://www.ausl.bologna.it/>

oppure ci si può rivolgere a:

**Dr.ssa Danila Valenti**

051 622 5965 - 051622 5968, Hospice Ospedale Bellaria  
051 890 9611 - 051 890 9641, Hospice MTC Seràgnoli ONLUS

**Dr.ssa Carlotta Berzioli** 051 622 5965 - 051 622 5968

**Dr. Ciro Longobardi** 051 622 5965 - 051 622 5968

## **Il progetto è stato realizzato a cura del Gruppo Tecnico della Rete delle Cure Palliative**

(in ordine alfabetico)

### **Elena Bandieri**

Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria – CEVEAS

### **Cristina Giuliotti**

Oncologia Territoriale - S. Lazzaro di Savena  
Azienda USL di Bologna

### **Carlotto Berzioli**

Fondazione Hospice MTC Seràgnoli

### **Ciro Longobardi**

Fondazione Hospice MTC Seràgnoli

### **Maurizio Camanzi**

Medicina di Famiglia  
Distretto di S. Lazzaro

### **Anna Maria Marata**

Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria – CEVEAS

### **Antonina Cricca**

Oncologia Medica  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

### **Maurizio Mineo**

Associazione Nazionali Tumori – ANT

### **Giovanni Frezza**

Dipartimento di Oncologia e COSD  
Azienda USL di Bologna

### **Chiara Pecorini**

Accademia delle Scienze di Medicina Palliativa – ASMEPA

### **Giancarlo Furlò**

Associazione Nelson Frigatti – ANF

### **Francesca Raggi**

Dipartimento Oncologia e COSD  
Azienda USL di Bologna

### **Laura Lama**

Direzione Sanitaria  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

### **Danila Valenti**

Coordinatore del Gruppo di Lavoro Rete delle Cure Palliative  
Azienda USL di Bologna  
Hospice MTC Seràgnoli ONLUS  
Hospice Bellaria

### **Rosanna Giordani**

Area Dipartimento Cure Primarie  
Distretto S. Lazzaro di Savena  
Azienda USL di Bologna

## Hanno partecipato al progetto

### **Elena Marri**

Programma Hospice di Cure Palliative e Ospedaliere senza Dolore, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna

### **Gabriele Cavazza**

Direzione Sanitaria Area Territoriale  
Azienda USL di Bologna

### **Maria Luisa Marcaccio**

Dipartimento Cure Primarie Bologna  
Azienda USL di Bologna

e in ordine alfabetico

### **Barbara Bacer**

Anestesia e Terapia Intensiva  
Ospedale Maggiore - Azienda USL di Bologna

### **Alessandro Baravelli**

Anestesia e Terapia Intensiva  
Area Nord - Azienda USL di Bologna

### **Patrizia Benfenati**

Hospice Bellaria - Azienda USL di Bologna  
**Simonetta Baronchi**  
COSD  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

### **Luigi Bertini**

Medicina di Famiglia - Distretto di Porretta

### **Guido Biasco**

Oncologia Medica  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

### **Stefano Bonarelli**

Anestesia e terapia intensiva post operatoria  
Istituto Ortopedico Rizzoli

### **Alba Brandes**

Oncologia Ospedale Bellaria  
Azienda USL di Bologna

### **Paolo Brasa**

Anestesia, Area Sud - Azienda USL di Bologna

### **Giovanna Cacosso**

Anestesia Area Sud - Azienda USL di Bologna

### **Giancarlo Caruso**

Terapia del Dolore Ospedale Bellaria  
U.O.S.D. Oncologia Metropolitana e Cure  
Palliative - Azienda USL di Bologna

### **Erga Laura Cerchiarì**

Anestesia e Terapia Intensiva  
Ospedale Maggiore - Azienda USL di Bologna

### **Enrico Delfini**

Medicina di famiglia - Distretto della Pianura Est

### **Stefano Ferrari**

Oncologia - Istituto Ortopedico Rizzoli

### **Stefano Giordani**

Oncologia territoriale  
Distretto di Casalecchio di Reno  
Azienda USL di Bologna

### **Catia Franceschini**

Hospice MTC Seragnoli ONLUS

### **Manuela Lenzi**

Oncologia Medica Addarini  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

### **Gerardo Martinelli**

Anestesiologia e Rianimazione  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

### **Angelo Andrea Martoni**

Oncologia Medica  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

### **Rita Melotti**

Anestesia e Terapia Intensiva  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

### **Boaz Gedaliahu Salmolsky Dekel**

Anestesia e Terapia Intensiva  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

### **Federico Fiorenzo Semeraro**

Anestesia e Terapia Intensiva  
Ospedale Maggiore - Azienda USL di Bologna

### **Cinzia Susini**

Oncologia Ospedale Bellaria  
Azienda USL di Bologna

### **Patrizia Tabanelli**

U.O.S.D. di Oncologia Metropolitana e Cure  
Palliative - Azienda USL di Bologna

### **Sterfania Taddei**

Anestesia e Terapia Intensiva  
Area Nord - Azienda USL di Bologna

### **Floriana Taggi**

Anestesia e Terapia Intensiva  
Ospedale Maggiore - Azienda USL di Bologna

### **Ornella Tovoli**

Anestesia, Area SudAzienda USL di Bologna

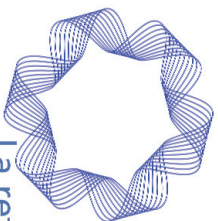
### **Susanna Vicari**

Dipartimento di Medicina  
Referente per il dolore - Azienda USL di Bologna

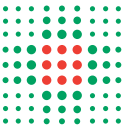
### **Monika Zackova**

Anestesia e Rianimazione  
Ospedale Bellaria - Azienda USL di Bologna





La rete  
delle cure palliative



## SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna  
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



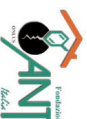
ACCADEMIA DELLE SCIENZE  
DI MEDICINA PALLIATIVA  
RICERCA E FORMAZIONE  
Bologna - Bologna

**CEVEAS**  
CENTRO PER LA VALUTAZIONE  
DELL'EFFICACIA DELL'ASSISTENZA SANITARIA



Fondazione Hospice  
Materlucina Dianora Seragnoli ONLUS

ANF  
U



FIRPMG  
Fondazione Italiana  
Ricerca Palliativa  
Gruppo di Promozione  
Italia