



DIÁRIO DE AVALIAÇÃO
DO PACIENTE

NÍVEL DE DOR

Assinale na escala abaixo sua pontuação média de dor durante o período de avaliação.

ESCALA NUMÉRICA DE INTENSIDADE DA DOR DE 0 A 10



OBJETIVOS ALCANÇADOS

Consulte novamente os objetivos que você estabeleceu antes do início do tratamento. Quais desses objetivos foram alcançados? Você tem novos objetivos para o futuro?

SOBRE SUA DOR APÓS O PROCEDIMENTO

Indique mais informações sobre sua dor e como ela afeta suas atividades diárias.
Em que posições ou atividades sua dor piora: caminhando, sentado ou em pé?

Por quanto tempo você consegue fazer as seguintes atividades (circule a resposta adequada):

Caminhar 0 a 10 minutos | De 10 a 20 minutos | De 20 a 30 minutos | + de 40 minutos

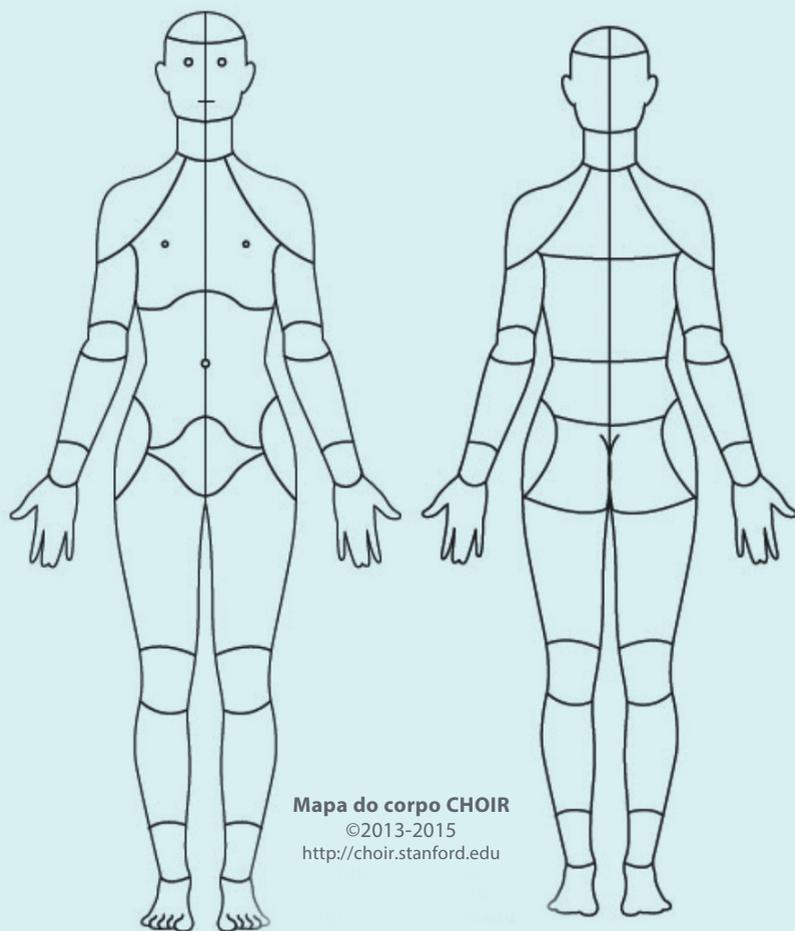
Sentar 0 a 10 minutos | De 10 a 20 minutos | De 20 a 30 minutos | + de 40 minutos

Ficar em pé 0 a 10 minutos | De 10 a 20 minutos | De 20 a 30 minutos | + de 40 minutos

Em que momento do dia a sua dor chega ao nível máximo?

O que ajuda a aliviar a sua dor? O que causa a sua dor?

Qual é a qualidade do seu sono? (Quantas horas você dorme por noite?)



Mapa do corpo CHOIR
©2013-2015
<http://choir.stanford.edu>

MAPA DE DORES

Utilize o mapa acima para indicar onde estão localizadas suas áreas de dor. Escureça ou assinale as partes do corpo onde você mais sente dor e classifique as áreas escurecidas com os números 1, 2 e 3.

DATA	HORÁRIO	4ª Semana: Programa	CLIQUEs	ÁREA DO CORPO 1	ÁREA DO CORPO 2	ÁREA DO CORPO 3
------	---------	------------------------	---------	--------------------	--------------------	--------------------

HRS						
-----	--	--	--	--	--	--

HRS						
-----	--	--	--	--	--	--

HRS						
-----	--	--	--	--	--	--

HRS						
-----	--	--	--	--	--	--

HRS						
-----	--	--	--	--	--	--

HRS						
-----	--	--	--	--	--	--

HRS						
-----	--	--	--	--	--	--

HRS						
-----	--	--	--	--	--	--

HRS						
-----	--	--	--	--	--	--

HRS						
-----	--	--	--	--	--	--