

TABELLA 3. Scala di Valutazione painDETECT Questionnaire

Come valuta il suo dolore in questo momento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

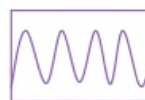
Quanto è stato forte il dolore più intenso che abbia provato in queste ultime 4 settimane?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quanto forte è stato il dolore più intenso in senso peggiorativo che abbia provato in queste ultime 4 settimane?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Indichi l'immagine che descrive meglio l'andamento del suo dolore:



Indichi l'area maggiormente coinvolta dal dolore



Soffre di una sensazione di dolore urente nell'area segnalata?

☐ Mai ☐ Difficilmente ☐ Leggermente ☐ Moderatamente ☐ Spesso ☐ Molto Spesso

Avverte una sensazione di punture di spilli o formicolii nell'area segnalata?

☐ Mai ☐ Difficilmente ☐ Leggermente ☐ Moderatamente ☐ Spesso ☐ Molto Spesso

Un leggero tocco le risulta doloroso in quest'area?

☐ Mai ☐ Difficilmente ☐ Leggermente ☐ Moderatamente ☐ Spesso ☐ Molto Spesso

Avverte attacchi di dolore improvvisi, come scosse elettriche, nell'area segnalata?

☐ Mai ☐ Difficilmente ☐ Leggermente ☐ Moderatamente ☐ Spesso ☐ Molto Spesso

Il caldo e il freddo le risultano occasionalmente dolorosi in quest'area?

☐ Mai ☐ Difficilmente ☐ Leggermente ☐ Moderatamente ☐ Spesso ☐ Molto Spesso

Soffre di una sensazione di intorpidimento nell'area segnalata?

☐ Mai ☐ Difficilmente ☐ Leggermente ☐ Moderatamente ☐ Spesso ☐ Molto Spesso

Una lieve pressione in quest'area le provoca dolore?

☐ Mai ☐ Difficilmente ☐ Leggermente ☐ Moderatamente ☐ Spesso ☐ Molto Spesso

MAI ☐ x 0 = 0 DIFFICILMENTE ☐ x 1 = LEGGERMENTE ☐ x 2 = MODERATAMENTE ☐ x 3 = SPESSO ☐ x 4 = MOLTO SPESSO ☐ x 5 =

TOTALE: