

**SCHEDA VALUTAZIONE DEL DOLORE**  
**REPARTO di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA P.O. SOVERATO**

Scheda n. \_\_\_\_\_

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ LETTO \_\_\_\_\_

DATA																			
	vas	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
Intenso	10																		
	9																		
	8																		
Moderato	7																		
	6																		
	5																		
Lieve	4																		
	3																		
	2																		
	1																		
	0																		
INTERVENTI FARMACOLOGICI	ATTUATI	Mattina																	
		Pomeriggio																	
		Notte																	
SEDE DEL DOLORE*																			
NOTE																			

VAS < 4	non necessita di intervento
VAS tra 4 e 7	necessità di intervento integrativo
VAS > 7	intervento analgesico urgente

*Distretti somatici:	1.Cranio-facciale	2.Cervicale,spalla,arto sup	3.Toracico
	4.Addominale- pelvico	5.Lombo-sacro-coccigeo e arto inf.	6.Ano-perineo-genitale