1-Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marqué una cruz en la zona que más le duele.

Derecha Delante Izquierda Izquierda Detrás Derecha

2-Por favor evalué su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor en la última semana.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el pero dolor imagina

3-Por favor, evalué su dolor rodenando con un círculo que mejor describa la intensidad mínima de su dolor en la última semana.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el pero dolor imagina

4-Por favor, evalué su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad media de su dolor.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el pero dolor imagina

5-Por favor, evalué su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor ahora mismo.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el pero dolor imagina

6-¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor (p, ej. Caminar, estar de pie, levantar algo)?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7-¿Qué tipo de cosas empeora el dolor (p, ej. Caminar, estar de pie, levantar algo)?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8-¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9-en la última semana, ¿hasta que punto le han aliviado los tratamiento o medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido.

Ningún dolor 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% alivio total

10-Si toma medicación ¡Cuánto tarda en volver a sentir dolor?

La medicación para el dolor no me ayuda nada 4h

1h De 5 a 12h

2h Mas de 12h

3h No tomo medicamento para el dolor

11- Marque con una cruz la casilla que considera adecuada para cada una de las respuestas

SI NO A. Los efectos del tratamiento (p.ej. Medicación, operación, radicación, prótesis)

SI NO B. Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se está tratando y evaluando)

SI NO C. Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (p.ej.artrosis)

12- Rodee con un circulo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor le ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.

1. Actividad en general

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 me ha afectado por completo

1. Estado de animo

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 me ha afectado por completo

1. Capacidad de caminar

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 me ha afectado por completo

1. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 me ha afectado por completo

1. Relaciones con otras personas

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 me ha afectado por completo

1. Sueño

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 me ha afectado por completo

1. Disfruta de la vida

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 me ha afectado por completo

14-Prefiero tomar mi medición para el dolor

De forma regular

Solo cuando lo necesito

No tomo medicación para el dolor

15-Tomo mi medicación para el dolor (en un periodo de un día):

No todos los días 5 a 6 veces al día

1 a 2 veces al día Más de 6 veces al día

3 a 4 veces al día

16-¿Crees que necesita una medicación más fuerte para el dolor?

Sí No No lo se

17-¿Crees que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que las que le ha recetado el medico?

Sí No No lo se

18-¿Está preocupado/a porque toma demasiada medicación para el dolor?

Sí No No lo se

Si la respuesta es SI, ¿ Por qué?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19-¿Tienes problemas con los efectos secundarios de su medicación para el dolor?

Sí No

¿Qué efectos secundarios?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20-¿Crees que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?

Sí No

21-Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son (por favor, marque con una cruz todo lo que se le apliquen):

Compresas calientes Compresas frías Técnicas de relajación

Distracción Blofeedaback Hipnosis

Otros Por favor, especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

22-Otras medicaciones no recetadas por mi médico y que tomo para el dolor son:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_