



MONITORE SUA DOR

As seguintes descrições ajudarão você a preencher seu diário de dor e a marcar o nível de sua dor, o tipo, e como ela afeta as suas atividades.

- Registre seus sintomas durante uma semana completa.
- Registre somente um por linha. Se acabar o espaço para anotações, siga registrando em um outro diário.
- Se algum dia determinado não sentir dor, anote também.

Nível de Dor - Descreva seu nível de dor de 1 a 10, de muito leve até insuportável.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

Sem dor

Moderado

Insuportável

Tipo de Dor - Seu tipo de dor pode ser descrito com palavras como:

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ardente | <input type="checkbox"/> Corante | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Propagada |
| <input type="checkbox"/> Dolorosa | <input type="checkbox"/> Com formigamento | <input type="checkbox"/> Suave | <input type="checkbox"/> Palpitante |

Localização da Dor - Descreva o mais precisamente o(s) lugar(es) em seu corpo onde sente a dor.

Impacto em suas atividades neste momento - Descreva como a dor impacta em suas atividades com frases como:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não pude fazer minha caminhada; | <input type="checkbox"/> Muita dor para comer; |
| <input type="checkbox"/> Não pude levantar da cadeira; | <input type="checkbox"/> Dificuldade para me concentrar; |
| <input type="checkbox"/> Não senti dor; | <input type="checkbox"/> A dor gerou dificuldade para dormir; |
| <input type="checkbox"/> Tive que sentar em um lugar e ficar parado; | <input type="checkbox"/> Tive que cancelar um compromisso por causa da dor. |

DIÁRIO DE DOR (UMA SEMANA)

DIA/DATA: _____

Horário	Nível de dor (1 a 10)	Tipo de dor	Localização da dor	Impacto em suas atividades
8:00 ou 17:00	9	Aguda, Propagada para minha perna.	Parte baixa das costas até minha perna direita até quase próximo de meu joelho.	Não pude me levantar para preparar o café da manhã. Fiquei na cama.

DIA/DATA: _____

Horário	Nível de dor (1 a 10)	Tipo de dor	Localização da dor	Impacto em suas atividades

DIA/DATA: _____

Horário	Nível de dor (1 a 10)	Tipo de dor	Localização da dor	Impacto em suas atividades

DIA/DATA: _____

Horário	Nível de dor (1 a 10)	Tipo de dor	Localização da dor	Impacto em suas atividades

DIA/DATA: _____

Horário	Nível de dor (1 a 10)	Tipo de dor	Localização da dor	Impacto em suas atividades

DIA/DATA: _____

Horário	Nível de dor (1 a 10)	Tipo de dor	Localização da dor	Impacto em suas atividades

DIA/DATA: _____

Horário	Nível de dor (1 a 10)	Tipo de dor	Localização da dor	Impacto em suas atividades