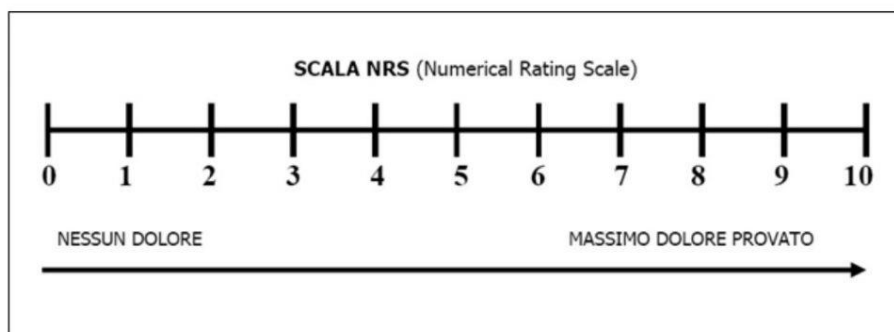
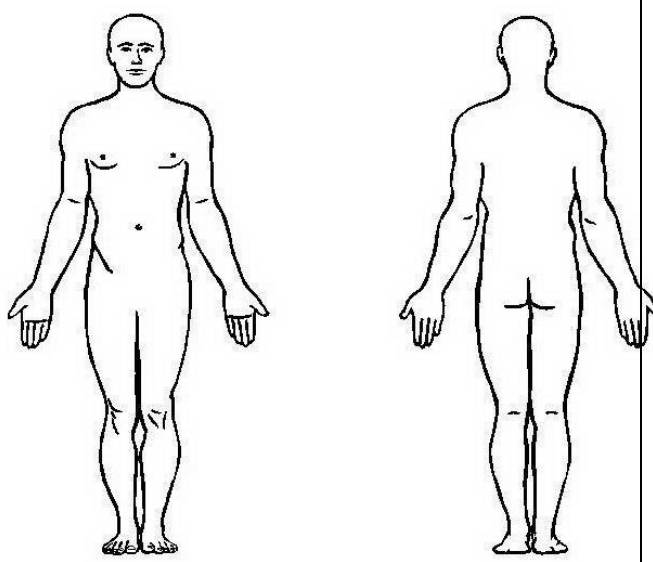


SCHEMA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

DATA RILEVAZIONE _____



<p>Tipo:</p> <p><input type="checkbox"/> continuo</p> <p><input type="checkbox"/> episodico</p>	<p>Sede di Insorgenza _____</p>
<p>Attuale terapia antidolorifica</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Programma di trattamento</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Luogo e data _____

Firma
