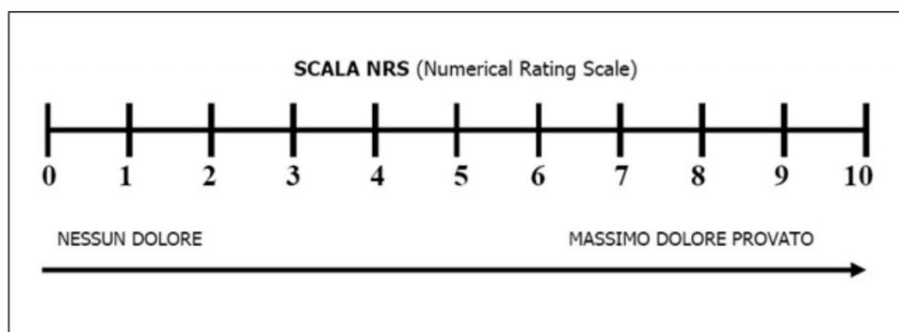
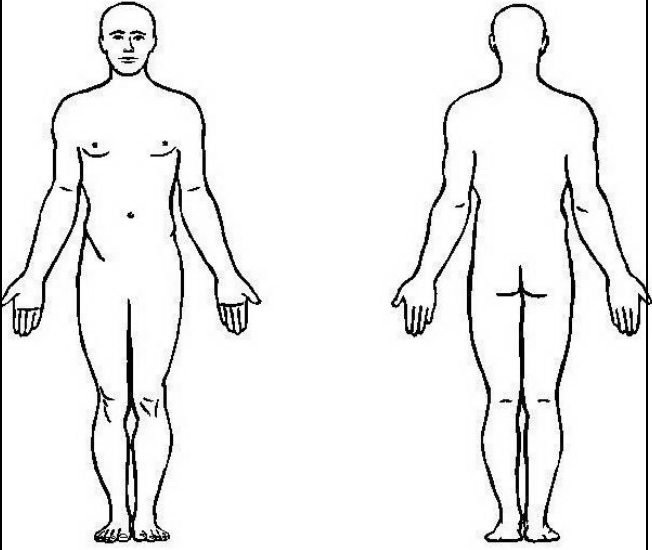


## SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

DATA RILEVAZIONE \_\_\_\_\_



<b>Tipo:</b> continuo episodico	<b>Sede di Insorgenza</b> _____  
<b>Attuale terapia antidolorifica</b> _____ _____ _____ _____	
<b>Programma di trattamento</b> _____ _____ _____ _____	

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_