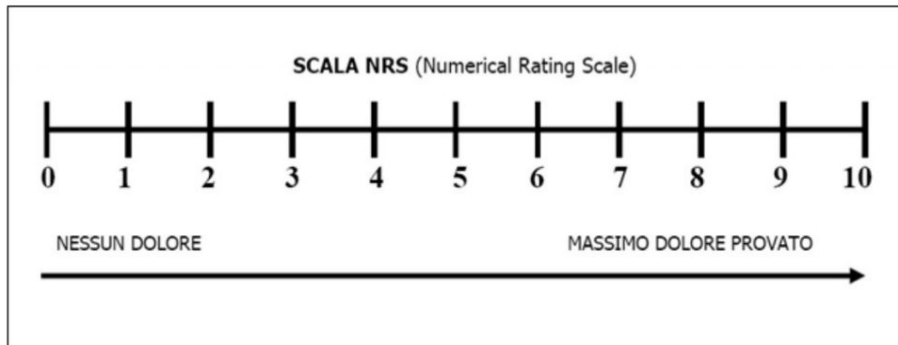
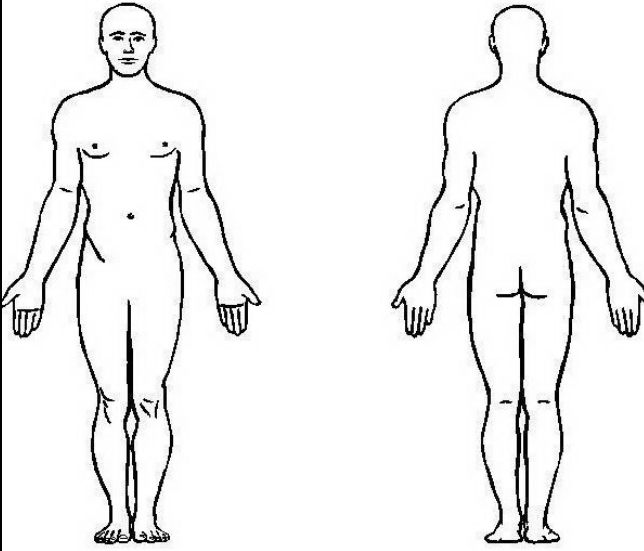


## SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

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

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



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

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

Firma

\_\_\_\_\_