

QUESTIONARIO DIAGNOSTICO SUL DOLORE CRONICO

Per dolore cronico si intende una condizione medica caratterizzata da una sintomatologia dolorosa complessa, pervasiva fisicamente e psicologicamente e prolungata nel tempo (per un periodo di almeno 3 mesi).

Le persone che ne soffrono si sentono limitate nella propria vita fisica, sociale ed emotiva e questo unisce sofferenza al dolore.

Siamo un team composto da 3 medici, 1 psicologa, 2 istruttrici altamente qualificate con laurea in scienze motorie e esperienza nella gestione di patologie croniche. Insieme abbiamo dato vita ad un progetto di cure complementari e sinergiche per il trattamento di questa difficile condizione, per la quale, molto spesso, vengono proposti esclusivamente farmaci antalgici, con scarsi risultati.

Il percorso di cura si svolgerà a Udine in uno spazio medico privato dedicato.

Si tratta del primo caso di gestione privata in un singolo centro di un percorso multidisciplinare in Italia. Viene proposta una terapia completa che include trattamenti di tipo fisico, psicologico e medico specialistico. Il presente questionario ha l'obiettivo di effettuare uno screening per la presenza del dolore cronico non responsivo a precedenti cure.

In base ai risultati del presente questionario vengono individuati i pazienti che potrebbero beneficiare di tale percorso di cura.

Confidiamo nella sua collaborazione per dar vita nel nostro territorio a un programma innovativo e qualificato di cura.

Valutazione del dolore diffuso (*Widespread Pain Index*): se ha avuto dolore in più zone del corpo per quasi tutto il tempo negli ultimi 3 mesi, indichi qui sotto in quali zone:

Arto superiore	<input checked="" type="checkbox"/>	Area inferiore	<input checked="" type="checkbox"/>	Area testa/collo	<input checked="" type="checkbox"/>
Cingolo scapolare destro	<input type="checkbox"/>	Anca/gluteo destra	<input type="checkbox"/>	Mascella destra	<input type="checkbox"/>
Cingolo scapolare sinistro	<input type="checkbox"/>	Anca/gluteo sinistra	<input type="checkbox"/>	Mascella sinistra	<input type="checkbox"/>
Braccio destro	<input type="checkbox"/>	Coscia destra	<input type="checkbox"/>	Collo	<input type="checkbox"/>
Braccio sinistro	<input type="checkbox"/>	Coscia sinistra	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Avambraccio destro	<input type="checkbox"/>	Gamba destra	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Avambraccio sinistro	<input type="checkbox"/>	Gamba sinistra	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Addome	<input checked="" type="checkbox"/>	Torace	<input checked="" type="checkbox"/>	Dorso	<input checked="" type="checkbox"/>
Superiore	<input type="checkbox"/>	Area intercostale	<input type="checkbox"/>	Area lombare	<input type="checkbox"/>
Inferiore	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Area dorsale	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Valutazione dei sintomi somatici associati al dolore (*Symptom Severity*): se ha risposto SI alla precedente domanda, scelga da questo elenco di disturbi quelli più simili a quelli di cui ha sofferto:

Sintomo somatico	<input checked="" type="checkbox"/>	Sintomo somatico	<input checked="" type="checkbox"/>	Sintomo somatico	<input checked="" type="checkbox"/>
Sindrome del colon irritabile	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	Insonnia	<input type="checkbox"/>
Fatica/affaticamento	<input type="checkbox"/>	Crampi addominali	<input type="checkbox"/>	Abbassamento tono dell'umore	<input type="checkbox"/>
Problemi di memoria/ideazione	<input type="checkbox"/>	Intorpidimento/formicolio	<input type="checkbox"/>	Nausea/vomito	<input type="checkbox"/>
Debolezza muscolare generalizzata	<input type="checkbox"/>	Vertigini	<input type="checkbox"/>	Stipsi	<input type="checkbox"/>
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	Vista annebbiata	<input type="checkbox"/>	Febbre	<input type="checkbox"/>
Secchezza delle fauci	<input type="checkbox"/>	Prurito	<input type="checkbox"/>	Sensazione di nodo alla gola	<input type="checkbox"/>
Fenomeno di Raynaud	<input type="checkbox"/>	Respiro corto	<input type="checkbox"/>	Perdita dell'appetito	<input type="checkbox"/>
Orticaria/rash cutaneo	<input type="checkbox"/>	Brucciore allo stomaco	<input type="checkbox"/>	Fotosensibilità	<input type="checkbox"/>
Perdita dell'appetito	<input type="checkbox"/>	Perdita dell'udito	<input type="checkbox"/>	Perdita di capelli	<input type="checkbox"/>
Facile presenza di lividi	<input type="checkbox"/>	Minzione frequente/dolorosa	<input type="checkbox"/>	Spasmi vescicali	<input type="checkbox"/>
Vulvodinia	<input type="checkbox"/>	Ciclo mestruale doloroso	<input type="checkbox"/>	Perdita della libido	<input type="checkbox"/>
Altro:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Valutazione della severità di alcuni disturbi associati al dolore cronico (*Symptoms scale*).
Ripensando ai disturbi degli ultimi 3 mesi, indichi la gravità dei disturbi sotto elencati barrando il numero corrispondente:**

Sintomo somatico	Barrare lo spazio di intensità del sintomo
<u>Fiacchezza/ Perdita di energie</u>	0: problema assente 1: problema limitato/intermittente di modesta intensità 2: problema spesso presente di moderata intensità 3: problema penetrante e continuo che compromette il benessere
<u>Sonno non ristoratore/ Svegliarsi non riposati</u>	0: problema assente 1: problema limitato/intermittente di modesta intensità 2: problema spesso presente di moderata intensità 3: problema penetrante e continuo che compromette il benessere
<u>Deficit di concentrazione/ problemi di ideazione e memoria</u>	0: problema assente 1: problema limitato/intermittente di modesta intensità 2: problema spesso presente di moderata intensità 3: problema penetrante e continuo che compromette il benessere

- **Indicare le terapie antidolorifiche assunte durante l'ultimo anno e/o quelle in fase di assunzione:**

-
-
-

- **Indicare le tipologie di medici specialisti (per esempio: fisiatra, reumatologo, ginecologo...) da cui si è stati seguiti nell'ultimo anno:**

-
-
-

Autorizza ad essere contattata telefonicamente, oppure via mail, da Sofia Schierano (Medico) collaboratrice della Dr.ssa e ginecologa Palmiotto Rosanna, che si sta personalmente interessando del progetto di cura multidisciplinare attinente al dolore cronico? Se sì, lasci i suoi dati per eventuali contatti:

Autorizzo

Non autorizzo

Nome e cognome _____

Numero di telefono _____

E-mail _____

Data _____