

diario de dolor

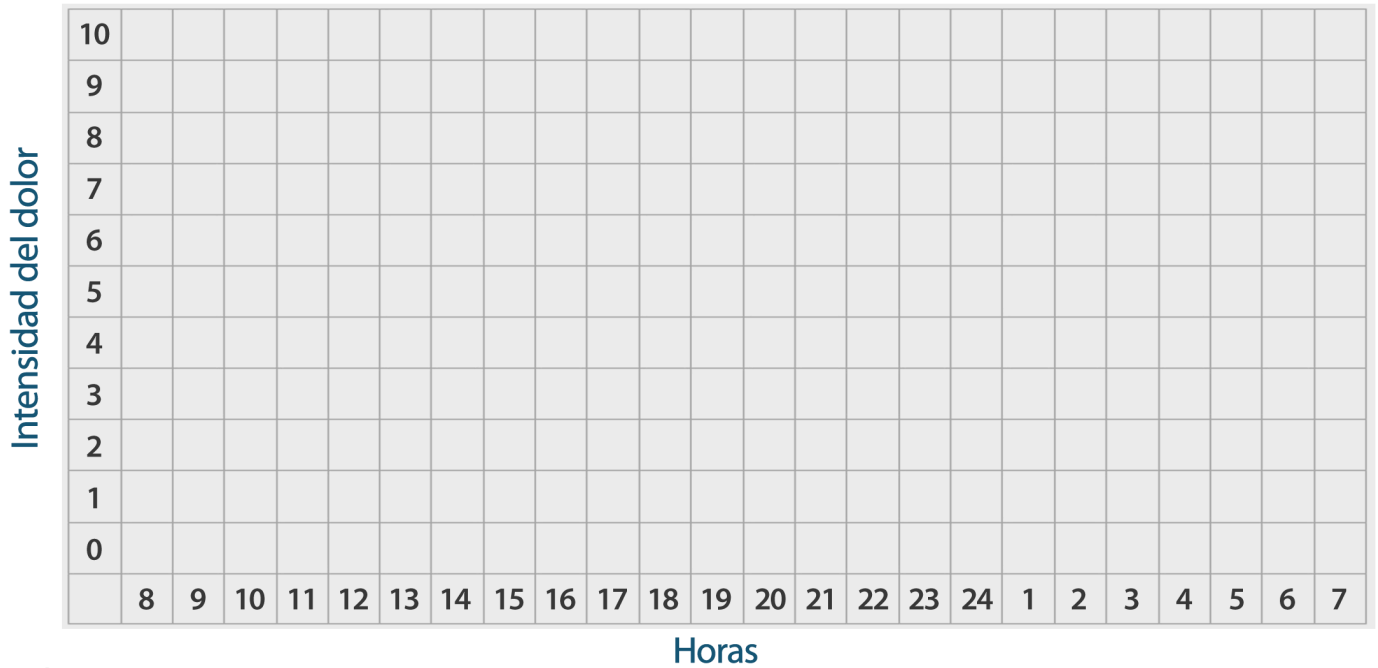
Nombre: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del médico: _____

Teléfono: _____

Instrucciones: debe rellenar un cuadro cada día. Cada hora marque con un rotulador el punto que coincide con su nivel de dolor, utilizando la regla EVA adjunta. Una cada punto con una línea recta para conocer las oscilaciones de su dolor durante el día y la noche. Llévele una copia a su médico para orientarle en el diagnóstico y evolución de su tratamiento.



Medicamentos:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Comentarios: (anote todo lo que sea útil para su próxima consulta médica, cómo ha dormido, efectos secundarios, etc.)

Marque con un rotulador el lugar o zona donde siente su dolor:

