

CUESTIONARIO BREVE PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR (EDICIÓN CORTA)

Fecha: / /

Hora:

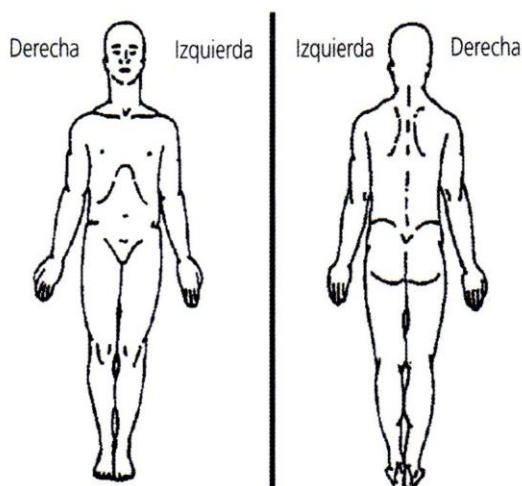
Apellido: Nombre:

1. Todos hemos tenido dolor alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, contusiones, dolores de dientes). ¿En la actualidad, ha sentido un dolor distinto a estos dolores comunes?

1. Sí

2. No

2. Indique en el dibujo las zonas donde siente dolor, sombreando la parte afectada. Marque con una "X" la zona que más le duele.



3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describe la intensidad *máxima* de su dolor en la última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describe la intensidad *mínima* de su dolor en la última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describe la intensidad *media* de su dolor.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

6. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describe la intensidad de su dolor *ahora mismo*.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

7. ¿Qué tratamiento o medicamento está recibiendo para su dolor?

.....

CUESTIONARIO BREVE PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR (EDICIÓN CORTA) (CONTINUACIÓN)

8. ¿En la última semana, ¿hasta qué punto le han *aliviado* los tratamientos o la medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponde al grado de alivio que ha sentido.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Ningún alivio

Alivio total

9. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el *dolor le ha afectado* en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana:

A. Actividad general

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha afectado

Me ha afectado por completo

B. Estado de ánimo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha afectado

Me ha afectado por completo

C. Capacidad de caminar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha afectado

Me ha afectado por completo

D. Trabajo normal (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha afectado

Me ha afectado por completo

E. Relaciones con otras personas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha afectado

Me ha afectado por completo

F. Sueño

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha afectado

Me ha afectado por completo

G. Disfruta de la vida

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha afectado

Me ha afectado por completo