

Breve Questionario per la Valutazione del Dolore (BPI)



Paziente _____ Data di nascita _____

[1] Nel corso della vita la maggior parte di noi ha avuto saltuariamente qualche dolore (es: un leggero mal di testa, uno strappo muscolare o un mal di denti).

Oggi ha avuto un dolore diverso da questi dolori comuni? Sì No

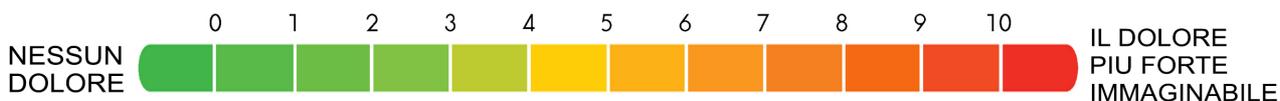
[2] Tratteggi sul disegno le parti dove sente dolore. Metta una x sulla parte che fa più male.



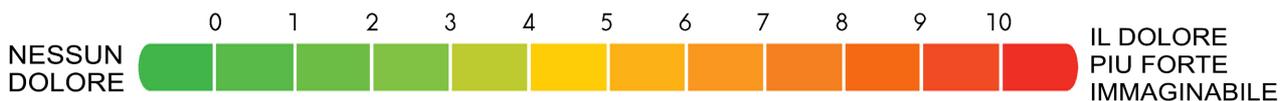
[3] Valuti il suo dolore cercando il numero che meglio descrive l'intensità del peggiore dolore provato nelle ultime 24 ore.



[4] Valuti il suo dolore cercando il numero che meglio descrive l'intensità del dolore più lieve provato nelle ultime 24 ore.



[5] Valuti il suo dolore cercando il numero che meglio descrive l'intensità media del dolore nelle ultime 24 ore.



[6] Valuti il suo dolore cercando il numero che meglio descrive quanto dolore prova in questo momento.





[7] Quali terapie o farmaci sta ricevendo per il suo dolore?

[9] Nelle ultime 24 ore quanto sollievo ha tratto dalle terapie o dai farmaci? Indichi la percentuale che meglio descrive quanto sollievo ha avuto.

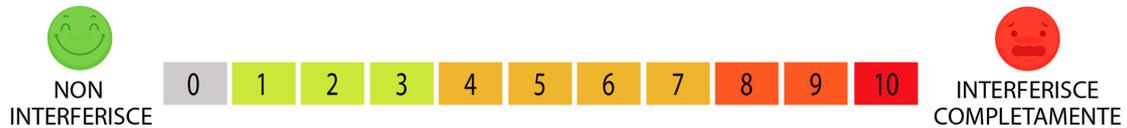
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

[9] Indichi il numero che meglio descrive quanto il dolore ha interferito, nelle ultime 24 ore, con:

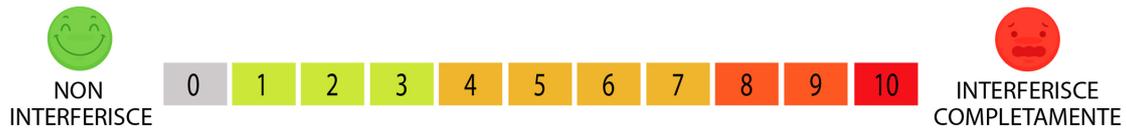
A. LA SUA ATTIVITÀ IN GENERALE



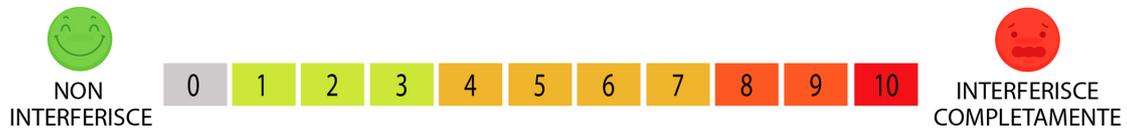
B. IL SUO UMORE



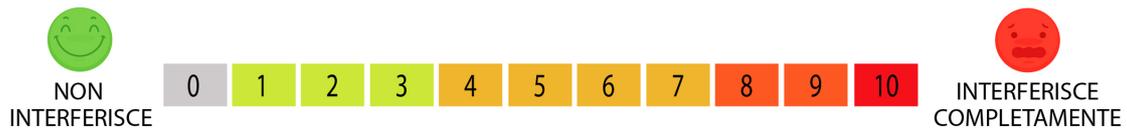
C. LA SUA CAPACITÀ DI CAMMINARE



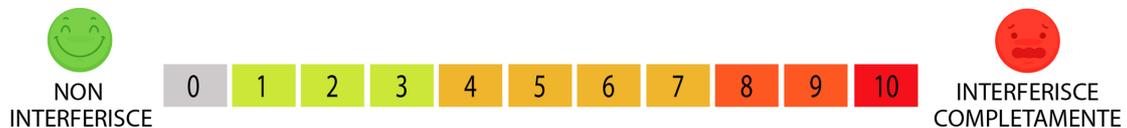
D. LA SUA NORMALE CAPACITÀ LAVORATIVA (sia in casa che fuori)



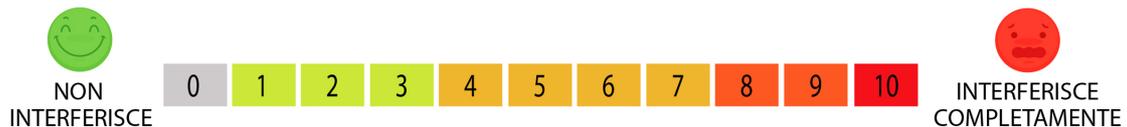
E. LE SUE RELAZIONI CON ALTRE PERSONE



F. IL SONNO



G. IL SUO PIACERE DI VIVERE



Punteggio _____ Data rilevazione _____