

LETTO N° _____



REGIONE DEL VENETO
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

UNITA' DI VALUTAZIONE TECHNOLOGY ASSESSMENT

QUESTIONARIO RILEVAZIONE PREVALENZA "DOLORE"

UNITA' OPERATIVA _____

DATA RILEVAZIONE ___/___/_____ RILEVATORE (nome) _____

I sezione

**LA COMPILAZIONE DI QUESTA SEZIONE É RISERVATA
AL PERSONALE DI ASSISTENZA**

ETÁ:	<input type="checkbox"/> 7-15	<input type="checkbox"/> 16-59	<input type="checkbox"/> 60-74	<input type="checkbox"/> 75 -90	<input type="checkbox"/> oltre 90	SESSO:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
NAZIONALITÁ:	<input type="checkbox"/> Italiana	<input type="checkbox"/> Unione Europea (UE)	<input type="checkbox"/> paesi non UE: _____					
TITOLO DI STUDIO:	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> licenza media <input type="checkbox"/> diploma scuola media superiore <input type="checkbox"/> diploma universitario <input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/> altro, specificare _____							
DATA DEL RICOVERO:	_____/____/_____							
TIPO DI PATOLOGIA:	<input type="checkbox"/> patologia tumorale <input type="checkbox"/> patologia non tumorale <input type="checkbox"/> in corso di definizione							
INTERVENTO CHIRURGICO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
	Se SI operato il ___/___/_____ <input type="checkbox"/> metodiche tradizionali <input type="checkbox"/> metodiche endo/laparoscopiche							
IL DOLORE É TRA LE CAUSE DEL RICOVERO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							

Criteria di eleggibilità dei pazienti:

- ☺ Accettazione del paziente di partecipare alla rilevazione
- ☺ Pazienti ricoverati in ospedale da almeno 24 ore
- ☺ Etá superiore a 7 anni compiuti
- ☺ Se pazienti operati: dalla 1° giornata post-operatoria (giorno seguente l'intervento)
- ☺ Assenza di turbe della coscienza / deficit cognitivi

LETTO N° _____

II sezione

**LA COMPILAZIONE DI QUESTA SEZIONE
PUÒ ESSERE FATTA DIRETTAMENTE DAL PAZIENTE**

1) Ha sentito dolore durante il ricovero? NO SI

Se SI

a) **Quale punteggio darebbe al dolore peggiore che ha sentito durante il ricovero su una scala da 0 a 10 ?** (dove 0 è completa assenza di dolore e 10 è il peggiore dolore, per lei , possibile)

Assenza dolore	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior dolore possibile
	<input type="checkbox"/>											

b) **da quanto tempo dura questo dolore?**

- meno di 7 giorni
- da 7 giorni a tre mesi
- da più di tre mesi
- altro _____

c) **qual è il motivo del dolore ?**

- patologia
- terapie
- intervento chirurgico
- trauma
- procedura diagnostica
- non so

2) Sente dolore in questo momento? NO SI

Se SI

a) **quale punteggio darebbe al dolore che sente in questo momento su una scala da 0 a 10?** (dove 0 è completa assenza di dolore e 10 è il peggiore dolore, per lei , possibile)

Assenza dolore	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior dolore possibile
	<input type="checkbox"/>											

3) Ha provato dolore nelle ultime 24 ore? NO SI

Se SI

a) **quale punteggio darebbe al dolore peggiore che ha sentito nelle ultime 24 ore su una scala da 0 a 10?** (dove 0 è completa assenza di dolore e 10 è il peggiore dolore, per lei , possibile)

Assenza dolore	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior dolore possibile
	<input type="checkbox"/>											

b) **per quanto tempo ha avuto dolore nelle ultime 24 ore?:** _____ minuti
_____ ore

4) Quando ha avuto dolore, lo ha segnalato al medico o all'infermiere?

- SI
 NO perché ? _____

Se SI

a) quando ha segnalato il suo dolore, quanto tempo ha dovuto attendere per avere un farmaco/trattamento?

- ≤ 10 minuti
 11-20 minuti
 21-30 minuti
 31-60 minuti
 oltre 60 minuti
 ha chiesto il farmaco, ma non l'ha mai ricevuto

b) qualcuno le ha chiesto se il dolore è diminuito, dopo il farmaco/trattamento?

- NO SI

5) E' capitato che il farmaco che ha ricevuto non l'abbia aiutata e lei abbia chiesto un farmaco più forte o diverso per alleviare il dolore? NO SI

Se SI

quanto tempo è servito perché il medico o l'infermiere Le cambiassero il trattamento?

- meno di un'ora
 1-2 ore
 3-4 ore
 5-8 ore
 9-24 ore
 più di 24 ore

6) Il medico o l'infermiere, Le hanno dato adeguate informazioni su come segnalare quando prova dolore e/o che può richiedere il trattamento per alleviare il dolore? NO SI

Se SI

a) quando è stato informato?

- il giorno del ricovero il giorno dopo il ricovero due giorni dopo il ricovero

b) (solo per i pazienti operati) è stato informato su quanto dolore dovesse attendersi dall'intervento chirurgico e su cosa sarebbe stato fatto per alleviarlo?

- SI prima dell'intervento SI dopo l'intervento NO

7) E' soddisfatto dei i risultati del trattamento complessivo per il dolore che ha ricevuto?

molto insoddisfatto												molto soddisfatto
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="checkbox"/>											

Se **non** è stato soddisfatto del trattamento del dolore, per favore spieghi perché:



REGIONE DEL VENETO
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

UNITÀ DI VALUTAZIONE TECHNOLOGY ASSESSMENT

QUESTIONARIO RILEVAZIONE PREVALENZA “DOLORE”

SCHEDA RIEPILOGATIVA

REPARTO _____

DATA RILEVAZIONE ____/____/____ RILEVATORE (nome) _____

**LA COMPILAZIONE DI QUESTA PARTE É RISERVATA
AL PERSONALE DI ASSISTENZA**

(NB: è possibile avvantaggiarsi con una pre-compilazione effettuata il giorno antecedente la rilevazione)

- ▶ TOTALE DEI POSTI LETTO N. tot. _____
- ▶ PAZIENTI RICOVERATI (alle ore 7 del giorno in cui è svolta l'indagine) N. tot. _____
- ▶ PAZIENTI DA SOTTOPORRE A QUESTIONARIO/INTERVISTA N. tot. _____
- ▶ PAZIENTI DA NON SOTTOPORRE A QUESTIONARIO/INTERVISTA N. tot. _____

MOTIVAZIONI:

- PAZIENTI NON COLLABORANTI E/O DEFICIT COGNITIVI N. _____
(Letti N.: _____)
- PAZIENTI RICOVERATI DA MENO DI 24 ORE N.
(Letti N.: _____)
- PAZIENTI CON ETÁ INFERIORE A 7 ANNI N.
(Letti N.: _____)
- PAZIENTI OPERATI IL GIORNO DELLA RILEVAZIONE N.
(Letti N.: _____)
- PAZIENTI CHE NON HANNO COMPILATO IL QUESTIONARIO PERCHÉ DIMESSI
(Letti N.: _____)

Approfondimento: Inquadramento clinico della sintomatologia dolorosa

Qual è la ragionevole/probabile causa del dolore?

- postoperatorio sede intervento (ICD9-CM) (a) |__|__| data |__|__|__|__|__|__|
- oncologico sede tumore (b) |__|__| metastasi Sì No
 dolore correlato alla: malattia neoplastica terapia antitumorale
- post-traumatico data |__|__|__|__|__|__|
- neuropatico specificare patologia
- muscolo-scheletrico specificare patologia
- viscerale specificare patologia
- altro specificare

(a) *Sede intervento (ICD9-CM), da scegliere tra i seguenti:*
1= sistema nervoso (01-05); **2** = sistema endocrino (06-07); **3** = occhio (08-16); **4** = orecchio (18-20); **5** = naso; **6** = bocca e faringe (21-29) ; **7** = sistema respiratorio (30-34); **8** = sistema cardiovascolare (35-39); **9** = sistema ematico e linfatico (40-41); **10** = apparato digerente (42-54); **11** = apparato urinario (55-59); **12** = organi genitali maschili (60-64); **13** = organi genitali femminili (65-71); **14** = interventi ostetrici (72-75); **15** = apparato muscolo scheletrico (76-84); **16** = tegumenti (85-86).

(b) *Sede tumore, da scegliere tra i seguenti:*
1 = encefalo e sistema nervoso; **2** = sistema endocrino; **3** = testa-collo; **4** = sistema ematico e linfatico; **5** = sistema respiratorio; **6** = apparato digerente; **7** = apparato genito-urinario; **8** = cute; **9** = ossa, cartilagini articolari e tessuti molli e connettivo; **10** = mammella; **11** = altro.
 ↳ (Specificare altro

Terapia per il controllo del dolore

È prevista la somministrazione di una terapia analgesica? Sì No

Se SI, continuare a compilare la scheda.

La terapia analgesica è stata somministrata ad orari fissi (terapia di base)? Sì No

Se SI, specificare la terapia antalgica di base:

Principio attivo	Via di somm. ¹	Dose/die ²	Data inizio
		mg	
		mg	

È stata prescritta una terapia analgesica al bisogno? Sì No

Nelle ultime 24 ore sono stati somministrati analgesici al bisogno (anche se non prescritti)? Sì No

Se SI, specificare la terapia antalgica somministrata al bisogno:

Principio attivo	Via di somm. ¹	Dose unitaria	n. somm.
		mg	

È prevista anche la somministrazione di una terapia adiuvante? No Sì

¹ OS=orale; IM=intramuscolare; EV=endovenosa; SC=sottocutanea; TD=transdermica; AL=altro, specificare

² Nel caso di somministrazione transdermica, indicare il dosaggio del/i cerotto/i (mcg/h)