

A.T.M.

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DEL DOLORE

Data

Età

Sesso : M / F

Motivo della visita:

Compilare con i simboli riportati nella legenda

Localizzazione	Dx/ Sx	Scala valore (*)	Caratterizzazione(**)	Frequenza(***)	Insorgenza(#)
Fronte					
Nuca					
Vertice del capo					
Orecchio					
Collo					
Articolaz. T.Mand.					
Tratto cervicale					
Acufeni					
Vertigini					
Arti superiori					
Arti inferiori					
Zona lombare					
Altro					

LEGENDA:

(*) Scala valore : 0 = nullo; 1= lieve ; 2 = medio; 3 = forte; 4 = fortissimo

(**) Caratterizzazione: C = Continuo, E= Elettrico; T = Trafittivo (a fitta); P = Pulsante

(***) Frequenza: Q = quotidiana, S = settimanale, M = Mensile, X = sporadica

(#) Insorgenza : M = mattutina, P = pomeridiana, S: serale, N= notturna

Scala del dolore

Valore 0
0

5

Valore 10
10

Nessun dolore

Peggior dolore immaginabile

Indicare sulla linea con una croce il valore che si intende attribuire al dolore avvertito

QUESTIONARIO:

- E' mai rimasto/a a bocca aperta (lussato) ? **SI/NO**
- E' mai rimasto/a (anche parzialmente) a bocca chiusa con difficoltà all'apertura? **SI/NO**
- Ha difficoltà a masticare cibi duri o gommosi? **SI/NO**
- Sente rumori (di scatto o di sabbia) alle Articolazioni della bocca (ad es. durante la masticazione)? **SI/NO**
- Al mattino si sveglia con dolore alla muscolatura del viso? **SI/NO**
- Si accorge (o le è riferito da altri) di digrignare (sfregare i denti tra loro) o di serrare? **SI/NO**
- Soffre di disturbi posturali o cervicali? **SI/NO**

OSSERVAZIONI PERSONALI
