Formulario de evaluación del dolor: pacientes de seguimiento

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dón de está tu dolor (como cuello, espalda baja, rodilla, etc.)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recuerda algún accidente o lesión específica que le provocó el dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hace cuánto comenzó su dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Su dolor es constante o intermitente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué empeora el dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué mejora el dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué palabras describen mejor tu dolor? (encierre en un círculo todas las que correspondan):

Dolor Rígido Afilado Tedioso Disparo Apuñalamiento Calambres

Hormigueo Quemadura Entumecido Se siente "dormido" Eléctrico Lancinante Tierno

Con qué interfiere tu dolor? (encierre en un círculo todas las que correspondan):

Dormir Vestirse Usar el baño Cocinar Limpiar Ir de compras Pasatiempos Trabajar

|  |  |
| --- | --- |
| *Solo complete esta sección si tiene dolor de CUELLO:*  En qué brazo baja el dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si es así, cómo describirías este dolor? (encierre en un círculo todas las que correspondan):  Hormigueo Ardiente Entumecido Se siente "dormido"  Debilidad disparo lancinante eléctrico  Alguna vez le hicieron una radiografía, una resonancia magnética o una tomografía computarizada del cuello? \_\_\_\_\_\_\_  Si es así, cuándo y dónde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alguna vez se sometió a una cirugía de cuello?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  La última vez que recibió fisioterapia para el dolor de cuello? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *Solo complete esta sección si tiene dolor de ESPALDA:*  A qué pierna baja el dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si es así, cómo describirías este dolor? (encierre en un círculo todas las que correspondan):  Hormigueo Ardiente Entumecido Se siente "dormido"  Debilidad disparo lancinante eléctrico  Alguna vez le hicieron una radiografía, una resonancia magnética o una tomografía computarizada de la espalda? \_\_\_\_\_  Si es así, cuándo y dónde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alguna vez se ha sometido a una cirugía de espalda? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  La última vez que recibió fisioterapia para el dolor de espalda? \_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| *Solo complete esta sección si tiene Dolor de rodilla* (encierre en un círculo todas las que correspondan):  Sacudidas Rigidez Cambios de temperatura (un lado cálido / uno frío) Cambios de color (rojo / azul / blanco) Hinchazón  Cabello (más grueso o más oscuro) Piel (seca, descolorida) Cosas que antes no dolían, ahora duelen (es decir: tacto, mvmt, presión)  Ha tenido una cirugía de rodilla? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ha recibido fisioterapia para el dolor de rodilla? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|

Que medicación(s) toma actualmente para el dolor y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué hace este medicamento(s) permitirle hacer lo que no podría hacer de otra manera? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiene algún efecto secundario con sus analgésicos actuales (como estreñimiento o náuseas)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toma anticoagulantes? De ser así, ¿cuáles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha visto alguna vez a un especialista en manejo del dolor (nombre)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La última vez que tuvo una inyección o procedimiento para el dolor (cuándo y dónde)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desde su última visita al consultorio, cambie sus medicamentos; ¿ha sido hospitalizado? ha tenido una cirugía; Ha cambiado tu historia familiar? En caso afirmativo, por favor especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Ha tomado alguno de estos medicamentos recientemente para su dolor** (encierre en un círculo todas las que correspondan):  Acetaminofén (Tylenol) Ibuprofen (Advil, Midol, Motrin, Duexis) Naproxen (Aleve, Vimovo) Meloxicam (mobic)  Celecoxib (Celebrex) Diclofenac (Voltaren, Flector, Pennsaid) Amitriptyline (elavil)  Gabapentin (Neurontin) Pregabalin (Lyrica) Duloxetine (Cymbalta) Carisoprodol (Soma)  Cyclobenzaprine (Flexeril) Metocarbamol (Robaxin) Tizanidine (Zanaflex) Baclofen Lidoderm |

**Revisión de sistemas (marque con un círculo todo lo que corresponda)**

Constitucional: fatiga, aumento de peso, pérdida de peso

EENT: Sequedad de boca

Cardiovascular: dolor de pecho, hinchazón de piernas

Respiratorio: dificultad para respirar, dificultad para respirar, sibilancias, ronquidos

Gastrointestinal: náuseas, vómitos, acidez, vómitos con sangre, heces con sangre, heces negras, estreñimiento, diarrea

Genitourinario: dificultad para orinar, incontinencia urinaria

Musculoesquelético: dolor de cuello, dolor de espalda, dolor en las articulaciones, hinchazón de las articulaciones

Tegumentario: Erupción

Neurológico: dolor de cabeza, mareos, convulsiones, debilidad, entumecimiento, pensamientos nublados, somnolencia diurna

Psiquiátrico: ansiedad frecuente, estado de ánimo deprimido, pensamientos de hacerse daño

Endocrino: sed excesiva, micción frecuente

Hematológico / linfático: sangrado excesivo por cortes menores, hematomas excesivos

Alérgico / inmunológico: reacción alérgica reciente

Cuestionario de seguimiento para pacientes

¿Qué número describe mejor su dolor en promedio durante la última semana?

Sin dolor Dolor tan fuerte como puedas imaginar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué número describe mejor cómo, durante la semana pasada, el dolor ha interferido con su disfrute de la vida?

Sin interferencia Interfiere completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué número describe mejor cómo, durante la última semana, el dolor ha interferido con su actividad general?

Sin interferencia Interfiere completamente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10