

MONITOREE SU DOLOR

Para ayudarle a usted y a su doctor a decidir una mejor opción de tratamiento de su dolor, es importante mantener un monitoreo de su dolor. ¿Cuándo sucede? ¿Qué tipo de dolor es? ¿Le está evitando hacer las cosas que usted disfruta?

Las siguientes descripciones le ayudarán a marcar el nivel de su dolor, el tipo de dolor, y como el dolor afecta sus actividades al completar su diario de dolor.

Nivel de Dolor

Describa su nivel de dolor de 1 a 10, desde muy leve hasta insoportable.

| | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|----------|---|---|---|--------------|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sin dolor | | | | Moderado | | | | Insoportable | |

Tipo de Dolor

Su tipo de dolor puede ser descrito con palabras como:

- Ardiente
- Agudo
- Doloroso
- Soso
- Punzante
- Propagado
- Con hormigueo
- Palpitante

Localización del Dolor

Describa tan preciso como pueda el (los) lugar(es) en su cuerpo donde sienta el dolor.

Impacto en sus actividades en este momento

Puede describir como el dolor impacta en sus actividades con frases como:

- Tuve que faltar a mi caminata
- No pude levantarme de la silla
- No note el dolor
- Tuve que sentarme en lugar de pararme
- Demasiado dolor para comer
- Dificultad para concentrarme
- El dolor hizo difícil que pudiera dormirme
- Tuve que cancelar una cita a causa del dolor

DIARIO DEL DOLOR (UNA SEMANA)

DÍA\ FECHA: _____

| Hora Jornada diaria | Nivel de dolor (1 a 10) | Tipo de dolor | Localización del dolor | Impacto en sus actividades |
|------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--|---|
| 8:00 a.m. | EJEMPLO | Agudo. Propagado a mi pierna. | Parte baja de la espalda hacia mi pierna derecha hasta casi cerca de mi rodilla. | No pude levantarme para preparar el desayuno. Me quedé en la cama. |
| | | | | |
| | | | | |

DÍA\ FECHA: _____

| Hora Jornada diaria | Nivel de dolor (1 a 10) | Tipo de dolor | Localización del dolor | Impacto en sus actividades |
|------------------------|----------------------------|---------------|---------------------------|-------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DÍA\ FECHA: _____

| Hora Jornada diaria | Nivel de dolor (1 a 10) | Tipo de dolor | Localización del dolor | Impacto en sus actividades |
|------------------------|----------------------------|---------------|---------------------------|-------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DÍA\ FECHA: _____

| Hora Jornada diaria | Nivel de dolor (1 a 10) | Tipo de dolor | Localización del dolor | Impacto en sus actividades |
|------------------------|----------------------------|---------------|---------------------------|-------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DÍA\ FECHA: _____

| Hora Jornada diaria | Nivel de dolor (1 a 10) | Tipo de dolor | Localización del dolor | Impacto en sus actividades |
|------------------------|----------------------------|---------------|---------------------------|-------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DÍA\ FECHA: _____

| Hora Jornada diaria | Nivel de dolor (1 a 10) | Tipo de dolor | Localización del dolor | Impacto en sus actividades |
|------------------------|----------------------------|---------------|---------------------------|-------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DÍA\ FECHA: _____

| Hora Jornada diaria | Nivel de dolor (1 a 10) | Tipo de dolor | Localización del dolor | Impacto en sus actividades |
|------------------------|----------------------------|---------------|---------------------------|-------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

