

U.O.S.D. ANESTESIA



PRESIDIO OSPEDALIERO  
G.B. GRASSI  
Via Passeroni, 30 - 00122 Roma  
Tel. 06 56482173 fax 06 56482172  
e-mail: segreteriaanestesia.rianimazione@aslroma3.it



**CARTELLA CLINICA  
AMBULATORIO DI TERAPIA DEL DOLORE**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ETÀ \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

esenzione \_\_\_\_\_

DATA DI ACCESSO \_\_\_\_\_

medico curante \_\_\_\_\_

ALLERGIE

ANAMNESI

TERAPIA DOMICILIARE

ESAMI RADIOL. E STRUM

Handwritten notes and signatures in the bottom right corner, including a date '21/05/2014' and a signature.

**DIAGNOSI**

---



---



---



---



---



---

VAS/NRS PRIMA VISITA									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
lieve	moder	forte	fortiss	atroce					

**ANAMNESI ALGOLOGICA**

---



---



---



---



---



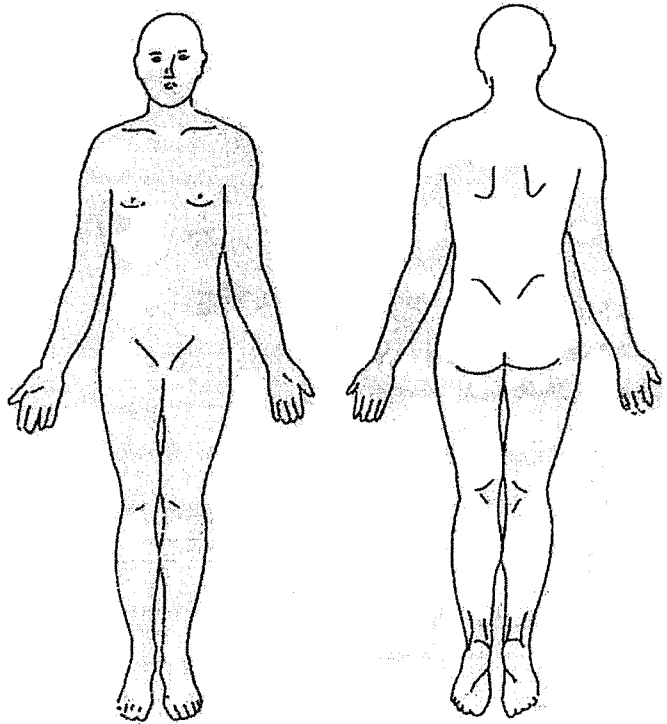
---



---



---



**CARATTERISTICHE del DOLORE**

- |                               |   |  |                                   |
|-------------------------------|---|--|-----------------------------------|
| bruciante/urente              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> continuo                                      | <u>Modifica del Dolore</u>        |
| sensazione di freddo doloroso | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> intermittente                                 | <input type="checkbox"/> sdraiato |
| scosse elettriche             | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> giorno  | <input type="checkbox"/> seduto   |
| formicolio                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> notte   | <input type="checkbox"/> in piedi |
| punture di spillo             | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | irradiazione <input type="checkbox"/> A.S. <input type="checkbox"/> SN | <input type="checkbox"/> piegato  |
| intorpidimento                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> A.I. <input type="checkbox"/> DX              | <input type="checkbox"/> _____    |
| prurito                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> BTP   | <input type="checkbox"/> _____    |
| ipoestesia a tatto/puntura    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> nocicettivo                                   | <input type="checkbox"/> _____    |
| anestesia                     | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |  |                                   |
| allodinia                     | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | am   |                                   |
| iperalgnesia                  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |  |                                   |
| lancinante/trafittivo         | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |  |                                   |
| gravativo                     | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |  |                                   |
| a morsa                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |  |                                   |



**TERAPIA ANTALGICA PREGRESSA**

---



---



---



---

IMPOSTAZIONE TERAPEUTICA PRIMA VISITA	

PROGRAMMA CLINICO- TERAPEUTICO	

CONTROLLI SUCCESSIVI

DATA	NRS
------	-----








# Consenso Informato per procedure diagnostico/terapeutiche

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di  
paziente       parente       tutore       esercente potestà

dichiara di essere stato/a chiaramente informato/a e di aver compreso:

- la terapia cui verrà sottoposto
- le procedure che verranno adottate
- i rischi e le complicanze che possono manifestarsi come conseguenze di tali procedure

Dichiara di essere stato/a edotto/a dal Dr. \_\_\_\_\_ delle indicazioni terapeutiche possibili e di quella consigliata, della tecnica prescelta e del risultato previsto.

Dichiara inoltre di essere stato/a informato/a delle possibili conseguenze o complicanze connesse alla procedura diagnostiche, terapeutiche o interventistiche proposte, anche se attuate con perizia, prudenza, diligenza, ed in osservanza di leggi, regolamenti, norme e linee guida.

Gli effetti collaterali sono possibili: dai comuni, ai rari, ai molto rari.

- complicanze sistemiche: nausea, vomito, mal di testa, lipotimia, reazioni allergiche
- complicanze locali: ematomi, lesioni nervose periferiche, rossore o gonfiore dell'area soggetta ad infiltrazione, limitazione funzione articolare transitoria.

Dichiara di avere la facoltà e l'opportunità di chiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento

Dichiara di accettare fin d'ora, qualora fosse necessario, ogni eventuale modifica sia tecnica che terapeutica rispetto a quella concordata.

Dichiara di avere avuto il tempo necessario per effettuare le opportune valutazioni e di accettare la procedura descritta, e conferma di aver avuto risposte esaurienti e chiare all'effettuazione del trattamento sanitario illustrato.

Dichiara, inoltre, di autorizzare il trattamento dei dati personali sensibili a carattere sanitario (art. 76-77, 7-13, D. Leg. 30/06/06 n°196).

acconsento

non acconsento

Firma del Paziente/Tutore \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_