## **QUESTIONARIO DIAGNOSTICO SUL DOLORE CRONICO**

*Per dolore cronico si intende una condizione medica caratterizzata da una sintomatologia dolorosa complessa, pervasiva fisicamente e psicologicamente e prolungata nel tempo (per un periodo di almeno 3 mesi).*

*Le persone che ne soffrono si sentono limitate nella propria vita fisica, sociale ed emotiva e questo unisce sofferenza al dolore.*

*Siamo un team composto da 3 medici, 1 psicologa, 2 istruttrici altamente qualificate con laurea in scienze motorie e esperienza nella gestione di patologie croniche. Insieme abbiamo dato vita ad un progetto di cure complementari e sinergiche per il trattamento di questa difficile condizione, per la quale, molto spesso, vengono proposti esclusivamente farmaci antalgici, con scarsi risultati.*

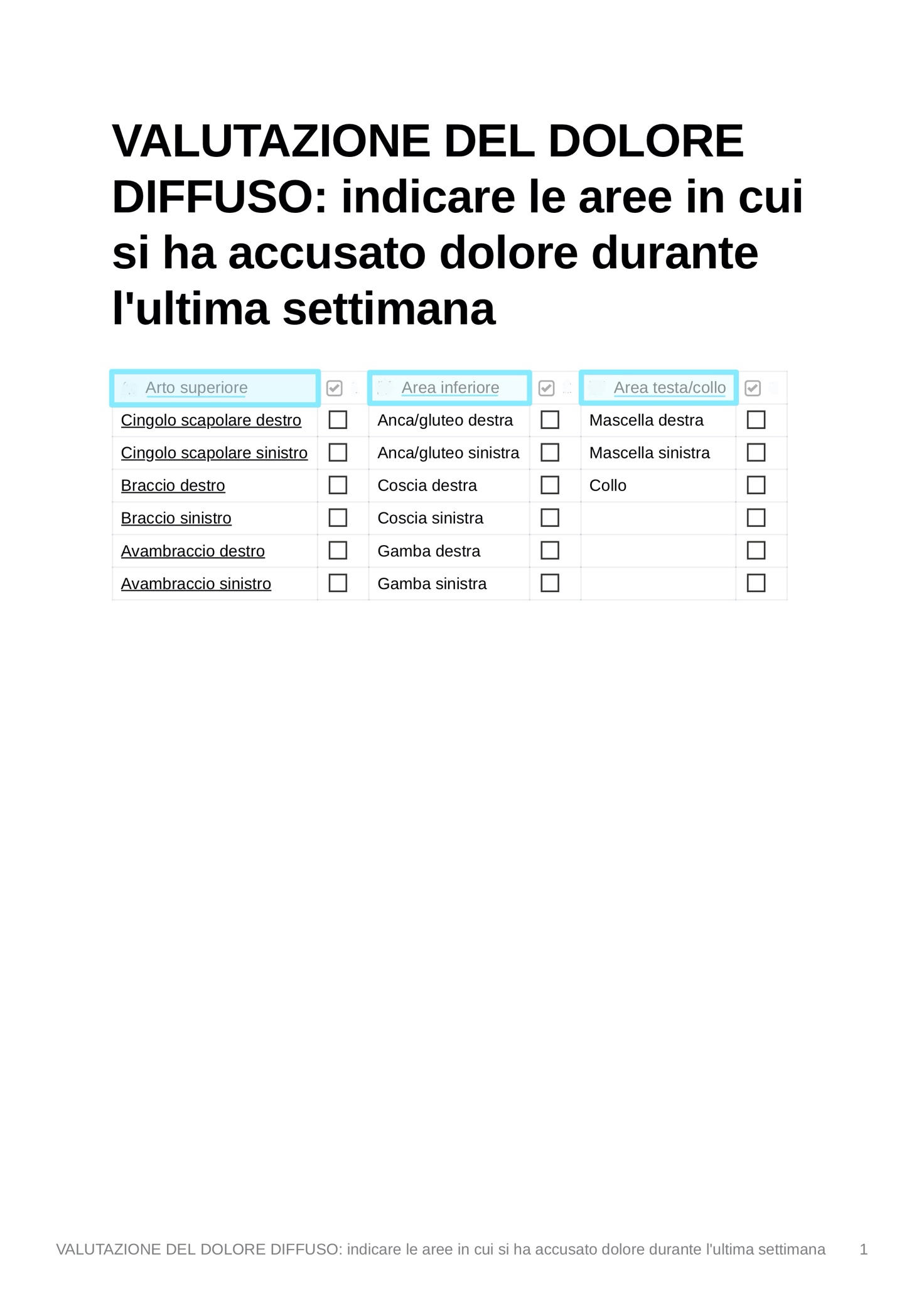
*Il percorso di cura si svolgerà a Udine in uno spazio medico privato dedicato.*

*Si tratta del primo caso di gestione privata in un singolo centro di un percorso multidisciplinare in Italia. Viene proposta una terapia completa che include trattamenti di tipo fisico, psicologico e medico specialistico. Il presente questionario ha l'obiettivo di effettuare uno screening per la presenza del dolore cronico non responsivo a precedenti cure.*

*In base ai risultati del presente questionario vengono individuati i pazienti che potrebbero beneficiare di tale percorso di cura.*

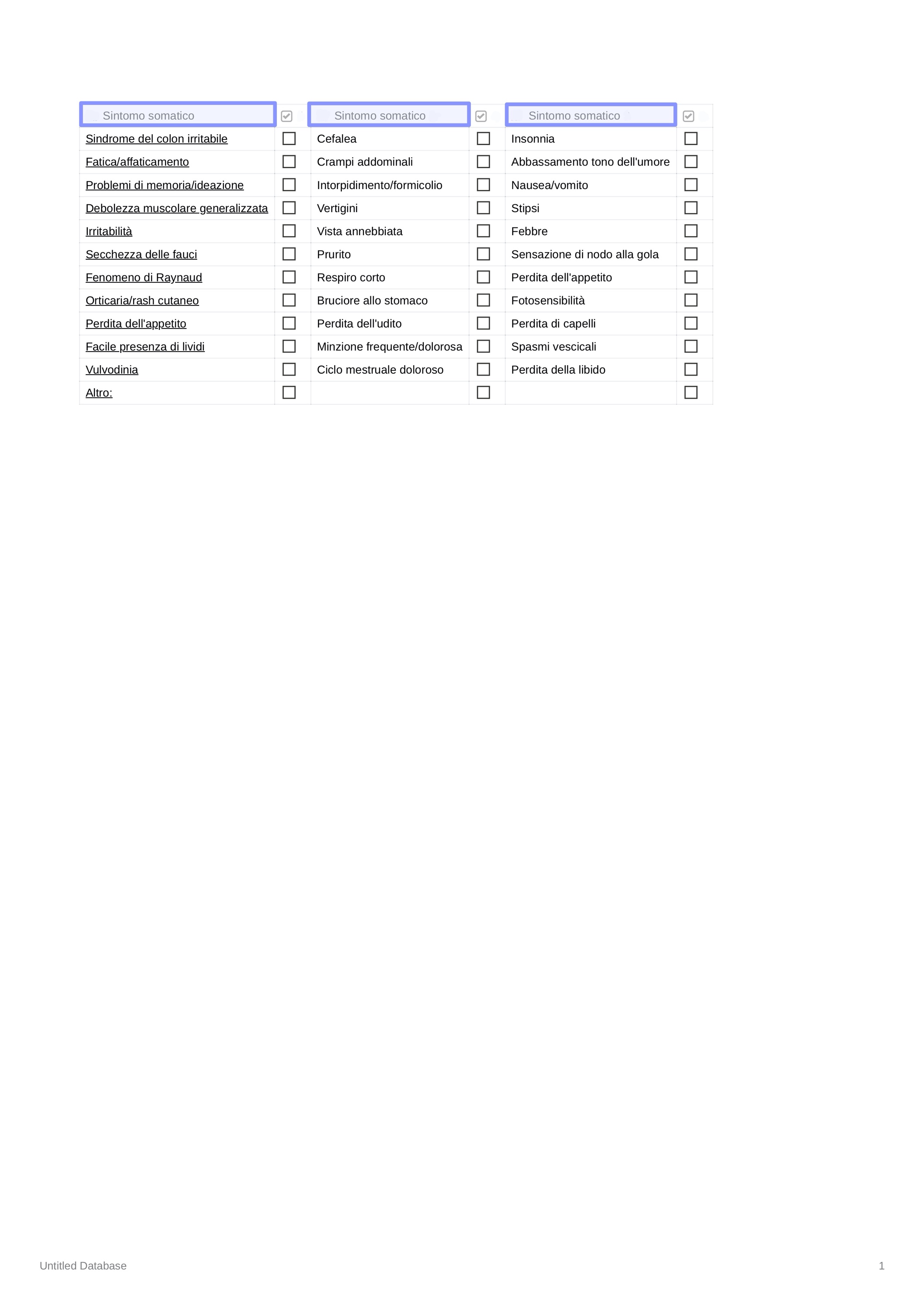
*Confidiamo nella sua collaborazione per dar vita nel nostro territorio a un programma innovativo e qualificato di cura.*

**Valutazione del dolore diffuso (*Widespread Pain Index)*: se ha avuto dolore in più zone del corpo per quasi tutto il tempo negli ultimi 3 mesi, indichi qui sotto in quali zone:**





**Valutazione dei sintomi somatici associati al dolore (*Symptom Severity)*: se ha risposto SI alla precedente domanda, scelga da questo elenco di disturbi quelli più simili a quelli di cui ha sofferto:**

****

**Valutazione della severità di alcuni disturbi associati al dolore cronico (*Symptoms scale*). Ripensando ai disturbi degli ultimi 3 mesi, indichi la gravità dei disturbi sotto elencati barrando il numero corrispondente:**

****

* **Indicare le terapie antidolorifiche assunte durante l’ultimo anno e/o quelle in fase di assunzione:**

**-**

**-**

**-**

* **Indicare le tipologie di medici specialisti (per esempio: fisiatra, reumatologo, ginecologo…) da cui si è stati seguiti nell’ultimo anno:**

**-**

**-**

**-**

*Autorizza ad essere contattata telefonicamente, oppure via mail, da Sofia Schierano (Medico) collaboratrice della Dr.ssa e ginecologa Palmiotto Rosanna, che si sta personalmente interessando del progetto di cura multidisciplinare attinente al dolore cronico? Se sì, lasci i suoi dati per eventuali contatti:*

**

Nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**