

DIARIO SOBRE EL DI

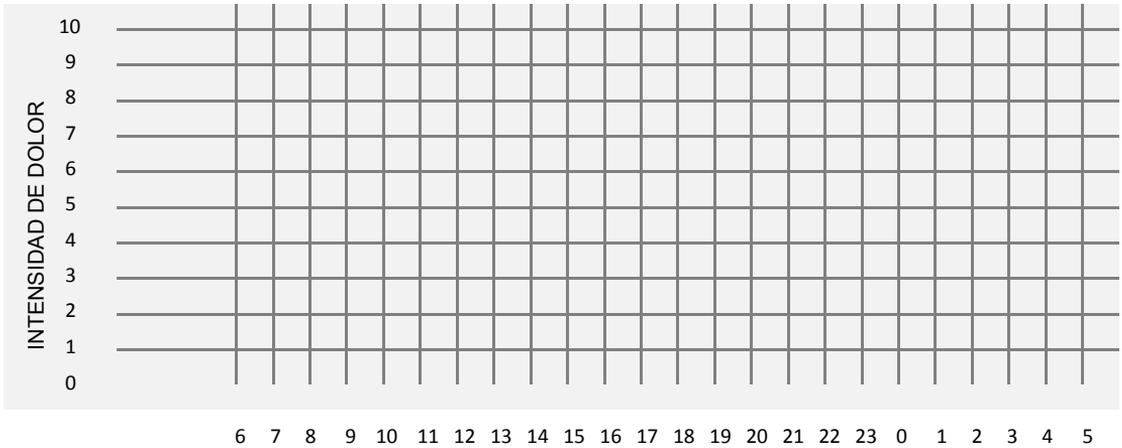
Nombre _____

Día _____

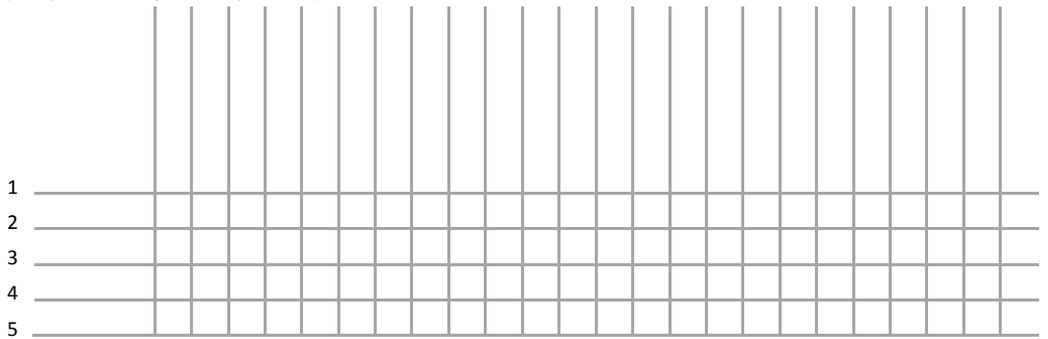
Fecha _____

Añadir los puntos en la agenda para que su médico pueda detectar cuándo y por qué la intensidad del dolor varía. Iniciar una nueva tabla cada día

1 Valoración del dolor (se mide a través de una escala en la que 0 significa sin dolor y 10 el peor dolor imaginable)



2 Medicación: Nombre/dosis (indique el nº de pastillas que toma)



Tratamientos no farmacológicos (recetas que no sean para medicamentos)

Actividad física/ejercicio

Comentarios e información adicional: tome nota de otros exámenes, efectos adversos del tratamiento y otros problemas relacionados con cómo tratar el dolor. Utilice también este espacio para responder a las preguntas que le han realizado.

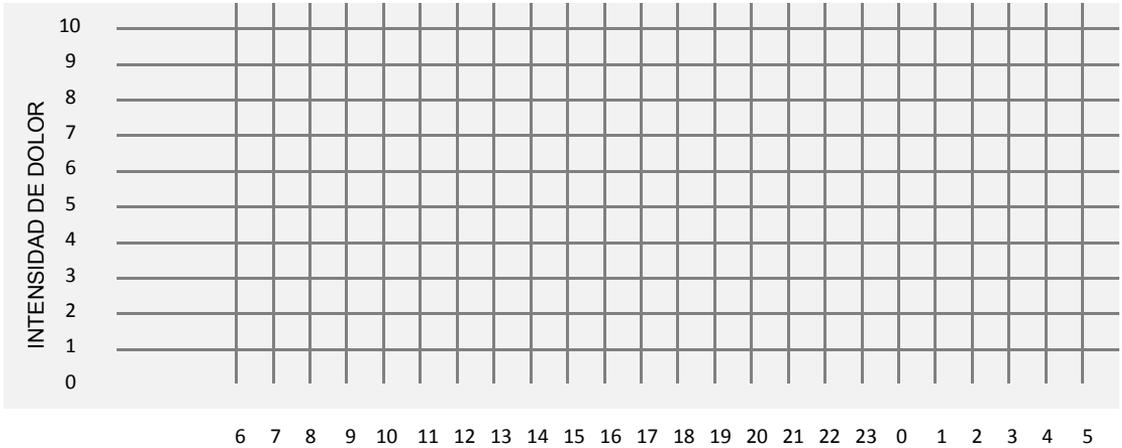
Nombre _____

Día _____

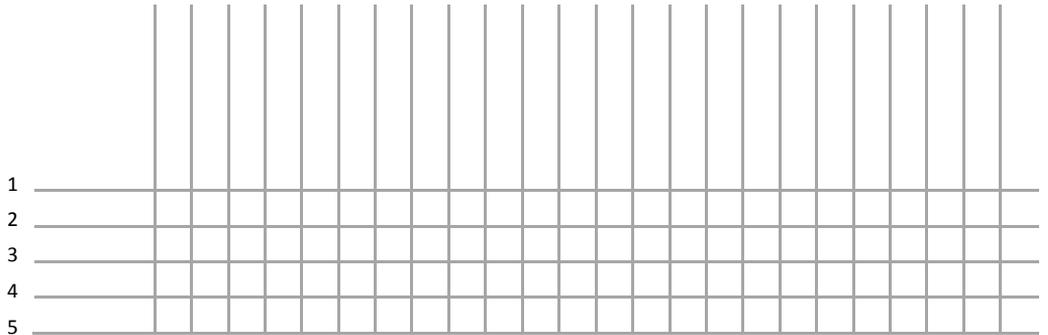
Fecha _____

Añadir los puntos en la agenda para que su médico pueda detectar cuándo y por qué la intensidad del dolor varía. Iniciar una nueva tabla cada día

1 Valoración del dolor (se mide a través de una escala en la que 0 significa sin dolor y 10 el peor dolor imaginable)



2 Medicación: Nombre/dosis (indique el nº de pastillas que toma)



Tratamientos no farmacológicos (recetas que no sean para medicamentos)

Actividad física/ejercicio

Comentarios e información adicional: tome nota de otros exámenes, efectos adversos del tratamiento y otros problemas relacionados con cómo tratar el dolor. Utilice también este espacio para responder a las preguntas que le han realizado.

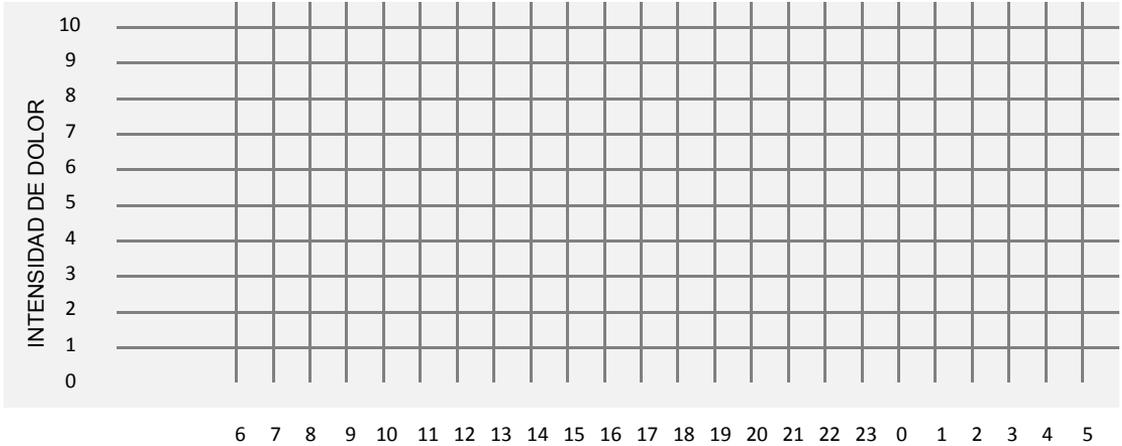
Nombre _____

Día _____

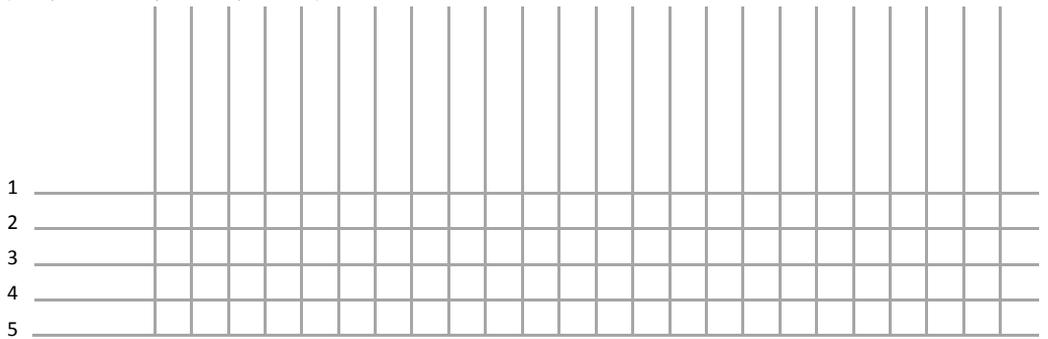
Fecha _____

Añadir los puntos en la agenda para que su médico pueda detectar cuándo y por qué la intensidad del dolor varía. Iniciar una nueva tabla cada día

1 Valoración del dolor (se mide a través de una escala en la que 0 significa sin dolor y 10 el peor dolor imaginable)



2 Medicación: Nombre/dosis (indique el nº de pastillas que toma)



Tratamientos no farmacológicos (recetas que no sean para medicamentos)

Actividad física/ejercicio

Comentarios e información adicional: tome nota de otros exámenes, efectos adversos del tratamiento y otros problemas relacionados con cómo tratar el dolor. Utilice también este espacio para responder a las preguntas que le han realizado.

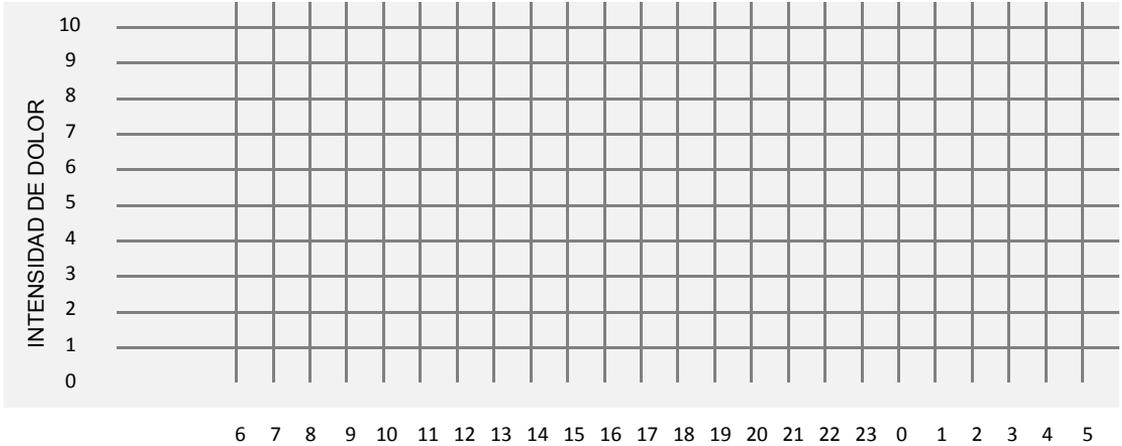
Nombre _____

Día _____

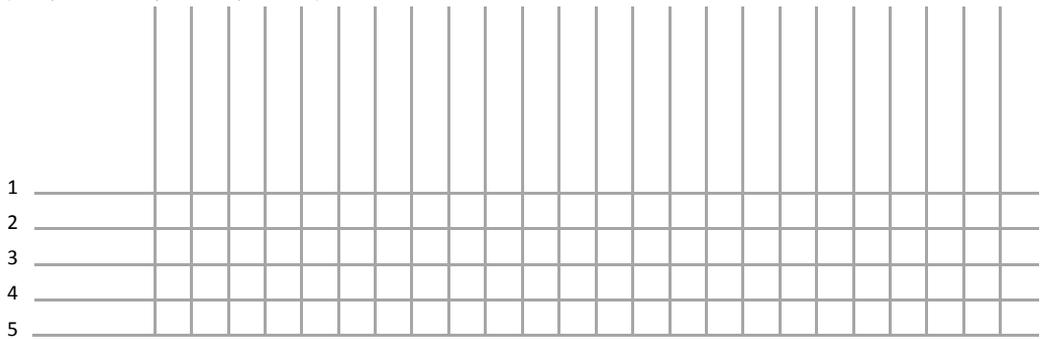
Fecha _____

Añadir los puntos en la agenda para que su médico pueda detectar cuándo y por qué la intensidad del dolor varía. Iniciar una nueva tabla cada día

1 Valoración del dolor (se mide a través de una escala en la que 0 significa sin dolor y 10 el peor dolor imaginable)



2 Medicación: Nombre/dosis (indique el nº de pastillas que toma)



Tratamientos no farmacológicos (recetas que no sean para medicamentos)

Actividad física/ejercicio

Comentarios e información adicional: tome nota de otros exámenes, efectos adversos del tratamiento y otros problemas relacionados con cómo tratar el dolor. Utilice también este espacio para responder a las preguntas que le han realizado.

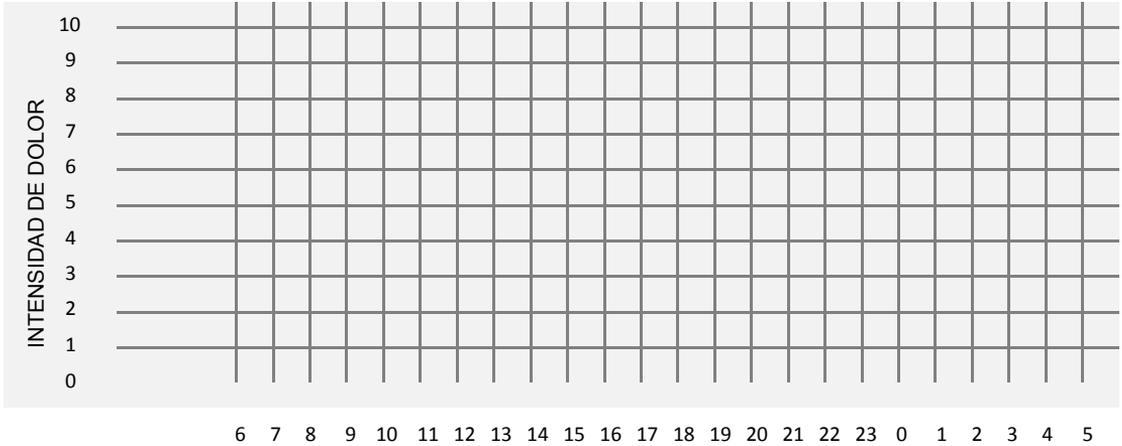
Nombre _____

Día _____

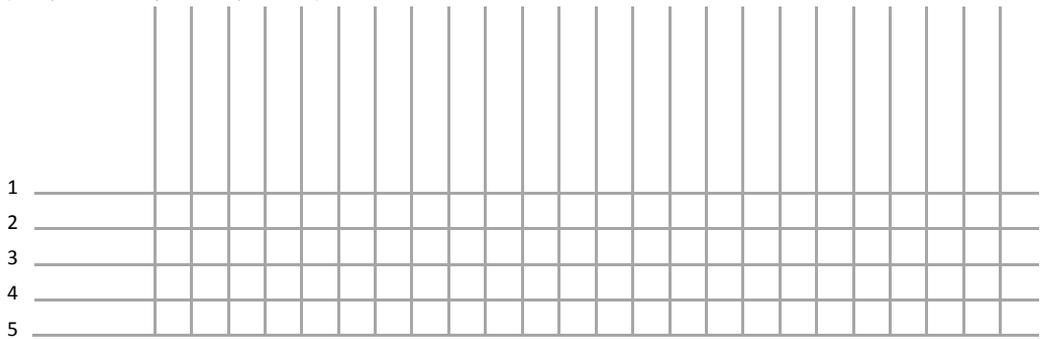
Fecha _____

Añadir los puntos en la agenda para que su médico pueda detectar cuándo y por qué la intensidad del dolor varía. Iniciar una nueva tabla cada día

1 Valoración del dolor (se mide a través de una escala en la que 0 significa sin dolor y 10 el peor dolor imaginable)



2 Medicación: Nombre/dosis (indique el nº de pastillas que toma)



Tratamientos no farmacológicos (recetas que no sean para medicamentos)

Actividad física/ejercicio

Comentarios e información adicional: tome nota de otros exámenes, efectos adversos del tratamiento y otros problemas relacionados con cómo tratar el dolor. Utilice también este espacio para responder a las preguntas que le han realizado.
