

Data: \_\_\_\_\_ Paziente: **Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_

Come valuterebbe il dolore che prova **adesso**, in questo momento?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nessun dolore max.

Quanto forte è stato il dolore **più forte** provato nelle ultime 4 settimane?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nessun dolore max.

Quanto forte è stato **in media** il dolore provato nelle ultime 4 settimane?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nessun dolore max.

**Indichi con una crocetta l'immagine che meglio descrive l'andamento del dolore:**



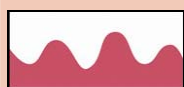
**Dolore continuo con lievi variazioni di intensità**

☐


**Dolore continuo con forti attacchi di dolore**

☐


**Forti attacchi di dolore senza dolore fra un attacco e l'altro**

☐


**Forti attacchi di dolore con dolore fra un attacco e l'altro**

☐

**Segni l'area principale in cui prova dolore**



Il dolore si irradia verso altre parti del corpo?  
sì ☐ no ☐

Se sì, disegni una freccia che indichi la direzione in cui il dolore si irradia.

**Nell'area indicata prova una sensazione di bruciore (come quella causata dalle ortiche o da una scottatura da sole)?**

per niente ☐ molto poco ☐ un po' ☐ moderatamente ☐ molto ☐ moltissimo ☐

**Nell'area del dolore sente un formicolio o un leggero prurito (come delle formiche che le camminano sulla pelle o come una leggera scossa elettrica)?**

per niente ☐ molto poco ☐ un po' ☐ moderatamente ☐ molto ☐ moltissimo ☐

**Prova dolore se qualcosa (come indumenti, lenzuola) la sfiora leggermente in quest'area?**

per niente ☐ molto poco ☐ un po' ☐ moderatamente ☐ molto ☐ moltissimo ☐

**Nell'area indicata ha degli attacchi improvvisi di dolore, come scosse elettriche?**

per niente ☐ molto poco ☐ un po' ☐ moderatamente ☐ molto ☐ moltissimo ☐

**In quest'area il freddo o il caldo (come l'acqua del bagno) ogni tanto le provocano dolore?**

per niente ☐ molto poco ☐ un po' ☐ moderatamente ☐ molto ☐ moltissimo ☐

**Avverte una sensazione di intorpidimento nell'area indicata?**

per niente ☐ molto poco ☐ un po' ☐ moderatamente ☐ molto ☐ moltissimo ☐

**Una leggera pressione in quest'area, per esempio con un dito, le scatena dolore?**

per niente ☐ molto poco ☐ un po' ☐ moderatamente ☐ molto ☐ moltissimo ☐

(Da compilare a cura del medico)

per niente

molto poco

un po'

moderatamente

molto

moltissimo

☐ x 0 =  0 ☐ x 1 =  ☐ x 2 =  ☐ x 3 =  ☐ x 4 =  ☐ x 5 =

**Punteggio totale**  **su 35**

Data: \_\_\_\_\_ Paziente: **Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_

La preghiamo di riportare qui il punteggio totale del questionario sul dolore:  
**Punteggio totale**

La preghiamo di sommare i seguenti numeri, a seconda dell'andamento del dolore indicato dal/dalla paziente e di come il dolore si irradia. Poi calcoli il punteggio finale:



Dolore continuo con lievi variazioni di intensità

**0**



Dolore continuo con forti attacchi di dolore

**-1**

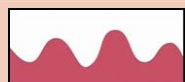
se ha fatto una crocetta, o



Forti attacchi di dolore senza dolore fra un attacco e l'altro

**+1**

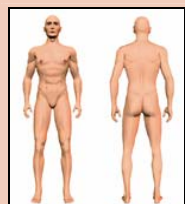
se ha fatto una crocetta, o



Forti attacchi di dolore con dolore fra un attacco e l'altro

**+1**

se ha fatto una crocetta



Il dolore si irradia?

**+2**

se sì

**Punteggio finale**

## Risultato dello screening

sulla presenza di una componente neuropatica nel dolore

**negativo**

**incerto**

**positivo**

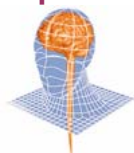
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38

La presenza di una componente neuropatica nel dolore è improbabile (< 15%)

L'esito è ambiguo, tuttavia potrebbe essere presente una componente neuropatica

La presenza di una componente neuropatica nel dolore è probabile (> 90%)

Questo questionario non sostituisce una diagnosi medica.  
È utilizzato per lo screening della presenza di una componente neuropatica nel dolore.



DFNS

