SCHEDA MONITORAGGIO DOLORE – SCALA VISIVA ANALOGICA (VAS)

S.C./S.S.

Cognome e Nome

Data di nascita

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nessun dolore	Lieve dolore			Dolore moderato		Forte dolore		Dolore molto intenso		Peggior dolore possibile

DATA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ora	Firma