

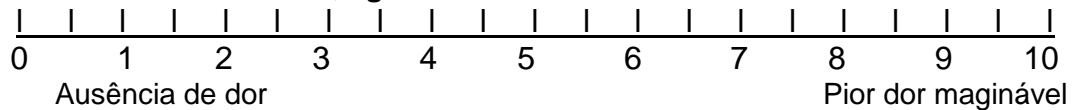
PAIN RATING SCALE

(Portuguese)

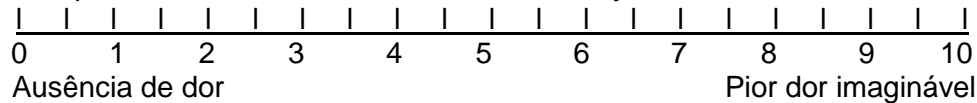
Title: Date:.....
First Name..... Patient Number:
Surname..... Clinic:

Favor marcar na seguinte escala a intensidade da dor.
O zero (0) significa ausência da dor e o dez (10) significa a pior dor imaginável.

Qual é a **intensidade** da dor, **agora**?

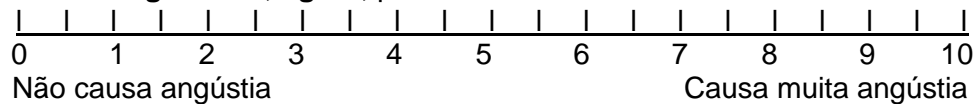


Em média, qual foi a **intensidade** da dor na **semana passada**?

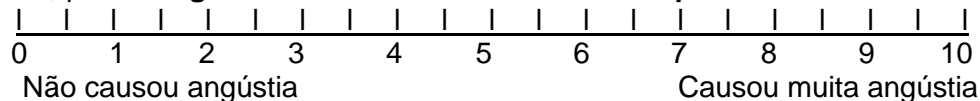


Agora, favor usar o mesmo método para descrever a **angústia** que a dor lhe causou.

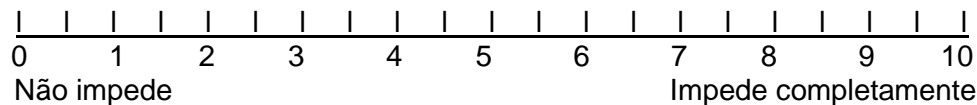
Você se sente **angustiada, agora**, por causa da dor?



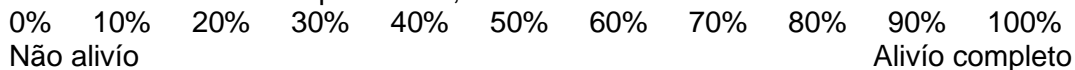
Em média, quanta **angústia** a dor lhe causou na **semana passada**?



Agora, favor usar o mesmo método para descrever o **quanto a dor impede de** você exercer atividades da vida diária



Se você fez tratamento para a dor, este tratamento aliviou a dor?



The Pain Society

An alliance of professionals advancing the understanding and management of pain for the benefit of patients

ThePainSociety2003

www.painsociety.org

Charity no. 278685