

Online resource 1 : Italian version of the Composite Autonomic Symptoms Score COMPASS 31

1. Nell'ultimo anno, si è mai sentito/a svenire, ha mai avuto dei capogiri, si è sentito/a "intontito/a" o ha avuto difficoltà a pensare subito dopo essersi alzato/a in piedi dalla posizione seduta o sdraiata?

- 1 Sì
2 No (se ha risposto "No", passi per favore alla domanda 5)

2. Quando si alza, con che frequenza accusa questi sintomi o sensazioni?

- 1 Raramente
2 Occasionalmente
3 Spesso
4 Quasi sempre

3. Come valuterebbe la gravità di questi sintomi o sensazioni?

- 1 Leggera
2 Moderata
3 Grave

4. Nell'ultimo anno, questi sintomi o sensazioni che lei ha accusato sono:

- 1 Peggiorati/e molto
2 Peggiorati/e un po'
3 Rimasti/e più o meno uguali
4 Migliorati/e un po'
5 Migliorati/e molto
6 Completamente passati/e

5. Nell'ultimo anno, ha mai notato dei cambiamenti di colore della sua pelle, come, per esempio, la pelle che diventa rossa, bianca o violacea?

- 1 Sì
2 No (se ha risposto "No", passi per favore alla domanda 8)

6. Quali parti del suo corpo sono state interessate da questi cambiamenti di colore? (Faccia una crocetta su tutto quello che la riguarda)

- 1 Mani
2 Piedi

7. Questi cambiamenti di colore della sua pelle sono:

- 1 Peggiorati molto
2 Peggiorati un po'
3 Rimasti più o meno uguali
4 Migliorati un po'
5 Migliorati molto
6 Completamente passati

8. Negli ultimi 5 anni, ha avuto dei cambiamenti nella sudorazione generale del corpo?

- 1 Sudo molto più rispetto a prima
2 Sudo un po' più rispetto a prima
3 Non ho notato alcun cambiamento nella sudorazione
4 Sudo un po' meno rispetto a prima
5 Sudo molto meno rispetto a prima

9. Ha la sensazione di avere gli occhi troppo asciutti?

- 1 Sì
2 No

10. Ha la sensazione di avere la bocca troppo asciutta?

- 1 Sì
2 No

11. Ora consideri il sintomo che ha da più tempo (occhi asciutti o bocca asciutta). Questo disturbo è:

- 1 Non ho avuto nessuno di questi sintomi
2 Peggiorato molto
3 Peggiorato un po'
4 Rimasto più o meno uguale
5 Migliorato un po'
6 Migliorato molto
7 Completamente passato

12. Nell'ultimo anno, ha notato qualche cambiamento nella rapidità con cui raggiunge la sazietà (si sente pieno) quando mangia?

- 1 Mi sazio molto più velocemente rispetto a prima
2 Mi sazio più velocemente rispetto a prima
3 Non ho notato alcun cambiamento
4 Mi sazio meno velocemente rispetto a prima
5 Mi sazio molto meno velocemente rispetto a prima

13. Nell'ultimo anno, si è sentito/a eccessivamente sazio/a o costantemente sazio/a (sensazione di gonfiore) dopo un pasto?

- 1 Mai
2 Qualche volta
3 Spesso

14. Nell'ultimo anno, ha vomitato dopo un pasto?

- 1 Mai
2 Qualche volta
3 Spesso

15. Nell'ultimo anno, ha avuto dolore addominale come crampi o coliche?

- 1 Mai
2 Qualche volta
3 Spesso

16. Nell'ultimo anno, ha avuto attacchi di diarrea?

- 1 Sì
2 No (se ha risposto "No", passi per favore alla domanda 20)

17. Con che frequenza ciò si è verificato?

- 1 Raramente
2 Occasionalmente
3 Frequentemente _____ volte al mese
4 Costantemente

18. Quanto sono gravi questi attacchi di diarrea?

- 1 Leggeri
2 Moderati
3 Gravi

19. I suoi attacchi di diarrea sono:

- 1 Peggiorati molto
2 Peggiorati un po'
3 Rimasti uguali
4 Migliorati un po'
5 Migliorati molto
6 Completamente passati

20. Nell'ultimo anno, ha avuto problemi di stitichezza?

- 1 Sì
2 No (se ha risposto "No", passi per favore alla domanda 24)

21. Con quale frequenza ha problemi di stitichezza?

- 1 Raramente
2 Occasionalmente
3 Frequentemente _____ volte al mese
4 Costantemente

22. Quanto sono gravi questi episodi di stitichezza?

- 1 Leggeri
2 Moderati
3 Gravi

23. La sua stitichezza è:

- 1 Peggiorata molto
2 Peggiorata un po'
3 Rimasta uguale
4 Migliorata un po'
5 Migliorata molto
6 Completamente passata

24. Nell'ultimo anno, ha mai perso il controllo della vescica?

- 1 Mai
2 Occasionalmente
3 Frequentemente _____ volte al mese
4 Costantemente

25. Nell'ultimo anno, ha avuto difficoltà ad urinare?

- 1 Mai
2 Occasionalmente
3 Frequentemente _____ volte al mese
4 Costantemente

26. Nell'ultimo anno, ha avuto problemi a svuotare completamente la sua vescica?

- 1 Mai
2 Occasionalmente
3 Frequentemente _____ volte al mese
4 Costantemente

27. Nell'ultimo anno, senza occhiali da sole o occhiali con lenti scure, la luce intensa le ha dato fastidio agli occhi?

- 1 Mai (se ha risposto "Mai", passi per favore alla domanda 29)
2 Occasionalmente
3 Frequentemente
4 Costantemente

28. Quanto è grave questa sensibilità alla luce intensa?

- 1 Leggera
2 Moderata
3 Grave

29. Nell'ultimo anno, ha avuto problemi a mettere a fuoco le immagini con i suoi occhi?

- 1 Mai (se ha risposto "Mai", passi per favore alla domanda 31)
2 Occasionalmente
3 Frequentemente
4 Costantemente

30. Quanto è grave questo problema di mettere a fuoco?

- 1 Leggero
2 Moderato
3 Grave

31. Il sintomo più fastidioso per i suoi occhi (ad es., sensibilità alla luce intensa o problemi nel mettere a fuoco) è:

- 1 Non ho avuto nessuno di questi sintomi
2 Peggiorato molto
3 Peggiorato un po'
4 Rimasto più o meno uguali
5 Migliorato un po'
6 Migliorato molto
7 Completamente passato

VERSIONE ITALIANA DEL REVISED FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (ITALIAN-FIQR)

Nome: _____ Cognome: _____ Durata dei sintomi (anni): _____ Età: _____

DOMINIO 1 – FUNZIONE FISICA

Per ognuna delle seguenti NOVE domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, **nel corso dell'ultima settimana**, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia: (scegliere un solo numero).

1. SPAZZOLARE O PETTINARE I CAPELLI

Nessuna difficoltà ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. CAMMINARE ININTEROTTAMENTE PER 20 MINUTI

Nessuna difficoltà ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. PREPARARE I PASTI

Nessuna difficoltà ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. PASSARE L'ASPIRAPOLVERE E LAVARE I PAVIMENTI

Nessuna difficoltà ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. SOLLEVARE E PORTARE LE BORSE DELLA SPESA

Nessuna difficoltà ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. SALIRE UN PIANO DI SCALE

Nessuna difficoltà ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. CAMBIARE LE LENZUOLA DEL LETTO

Nessuna difficoltà ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. STARE SEDUTO SU UNA SEDIA PER ALMENO 45 MINUTI

Nessuna difficoltà ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. ANDARE A FARE LA SPESA

Nessuna difficoltà ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DOMINIO 2 – STATO DI SALUTE GENERALE

Per ognuna delle seguenti DUE domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, **nel corso dell'ultima settimana**, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia: (scegliere un solo numero).

10. LA FIBROMIALGIA MI HA IMPEDITO DI PORTARE A TERMINE I LAVORI/COMPITI DELLA SETTIMANA

Mai ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Sempre

11. SONO STATO/A COMPLETAMENTE SOPRAFFATTO/A DAI SINTOMI DELLA FIBROMIALGIA

Mai ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Sempre

DOMINIO 3 – SINTOMI

Per ognuna delle seguenti DIECI domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, **nel corso dell'ultima settimana**, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia: (scegliere un solo numero).

12. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI DOLORE

Nessun dolore ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Estremo dolore

13. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI STANCHEZZA

Nessuna stanchezza ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Estrema stanchezza

14. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI RIGIDITA'

Nessuna rigidità ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Estrema rigidità

15. ASSEGNI UN PUNTEGGIO ALLA QUALITA' DEL SUO SONNO

Ben riposato/a al risveglio ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Estremamente stanco/a al risveglio

16. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO GRADO DI DEPRESSIONE

Per nulla depresso/a ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Estremamente depresso/a

17. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AI SUOI PROBLEMI DI MEMORIA

Buona memoria ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Scarsissima memoria

18. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO GRADO DI ANSIÀ

Per nulla ansioso/a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Estremamente ansioso/a

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI DOLORABILITÀ' (dolore percepito al tatto)

Nessuna dolorabilità ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Estrema dolorabilità

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AI SUOI DISTURBI DI EQUILIBRIO

Nessun problema di equilibrio ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Scarsissimo equilibrio

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL LIVELLO DELLE SUE SENSIBILITÀ' AI RUMORI, ALLE LUCI, AGLI ODORI ED AL FREDDO

Nessuna sensibilità ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Estrema sensibilità

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DOMINIO 3 – SUBTOTALE: _____

PUNTEGGIO:

- Sommare i punteggi di ogni singolo item per i tre domini (funzione fisica, stato di salute generale e sintomi);
- Dividere per 3 il punteggio relativo al dominio FUNZIONE FISICA, lasciare il punteggio inalterato per il dominio STATO GENERALE DI SALUTE e dividere per 2 il punteggio del dominio SINTOMI
- Sommare i risultanti punteggi dei 3 domini per ottenere il totale

PUNTEGGIO TOTALE FIQR

FIGURA. IL QUESTIONARIO FIQR È UNA VERSIONE AGGIORNATA DEL FIQ, SVILUPPATA DA BENNETT ET AL. LA NUOVA VERSIONE, VALIDATA IN ITALIA PER IL SUO USO IN PAZIENTI CON FM HA 21 ITEMS (TUTTI BASATI SU UN PUNTEGGIO NUMERICO SCALA DI VALUTAZIONE DI 0-10, CON 10 È IL "PEGGIORE"), E COPRE IL TRE DOMINI DI FUNZIONE, IMPATTO GLOBALE E SINTOMI. IL PUNTEGGIO FIQR È IL SOMMA DEI TRE PUNTEGGI DI DOMINIO: IL PUNTEGGIO SOMMATO PER IL DOMINIO DI FUNZIONE A 9 VOCI (RANGE 0-90) È DIVISO PER TRE; IL PUNTEGGIO SOMMATO PER L'IMPATTO COMPLESSIVO A 2 VOCI DOMINIO (INTERVALLO 0-20) RIMANE COSÌ COM'È; E IL PUNTEGGIO SOMMATO PER IL 10-ITEM DOMINIO DEI SINTOMI (INTERVALLO 0-100) È DIVISO PER DUE (SALAFFI F, FRANCHIGNONI F, GIORDANO A, CIAPETTI A, SARZI-PUTTINI P, OTTONELLO M. PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE ITALIAN VERSION OF THE REVISED FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE USING CLASSICAL TEST THEORY AND RASCH ANALYSIS. CLIN EXP RHEUMATOL. 2013 Nov-Dec;31(6 SUPPL 79):S41-9).

2009 MODIFIED FIBROMYALGIA ASSESSMENT STATUS (2009 ModFAS)

Nome e Cognome: _____

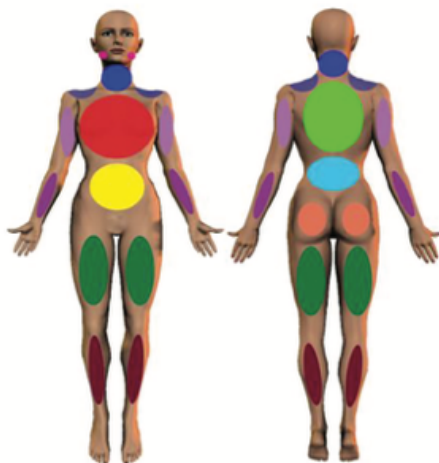
Indichi, nelle rispettive caselle, il suo livello di **Stanchezza** avvertito nel corso degli ultimi 7 giorni.

Nessuna stanchezza ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Massima stanchezza immaginabile

Indichi, nelle rispettive caselle, il suo livello di **disturbo del Sonno** avvertito nel corso degli ultimi 7 giorni.

Nessuna difficoltà ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Massima difficoltà immaginabile

Indichi, nelle rispettive caselle, se ha provato dolore nelle aree riportate in figura nel corso degli ultimi 7 giorni.



- | | |
|--|---|
| ☐ Spalla sinistra | ☐ Anca sinistra |
| ☐ Spalla destra | ☐ Anca destra |
| ☐ Braccio sinistro | ☐ Coscia sinistra |
| ☐ Braccio destro | ☐ Coscia destra |
| ☐ Avambraccio sinistro | ☐ Gamba sinistra |
| ☐ Avambraccio destro | ☐ Gamba destra |
| ☐ Collo | ☐ Mascella sinistra |
| ☐ Addome | ☐ Mascella sinistra |
| ☐ Area Dorsale | ☐ Torace |
| ☐ Area Lombare | ☒ Punteggio: ____/19 |

☒ **Punteggio Totale** ____/39

Fibromyalgia assessment status modificato

FIGURA IL QUESTIONARIO FIBROMYALGIA ASSESSMENT STATUS MODIFICATO (MOD FAS) È LA VERSIONE AGGIORNATA DEL QUESTIONARIO FIBROMYALGIA ASSESSMENT STATUS (FAS). IL MOD FAS COMPRENDE DOMANDE SULLA FATICA (PUNTEGGIO TRA 0 E 10), SULLA QUALITÀ DEL SONNO (PUNTEGGIO TRA 0 E 10) E SULL'INDICE DI DOLORE DIFFUSO (WPI) (NUMERO DI AREE IN CUI IL PAZIENTE HA AVUTO DOLORE PERSISTENTE NELL'ULTIMA SETTIMANA). IL PUNTEGGIO TOTALE MINIMO ERA PARI A 0 E IL PUNTEGGIO TOTALE MASSIMO ERA PARI A 19. IL PUNTEGGIO FINALE DEL MOD FAS VARIA DA 0 A 39 (SALAFFI F, SARZI-PUTTINI P, GIROLIMETTI R, GASPARINI S, ATZENI F, GRASSI W. DEVELOPMENT AND VALIDATION OF THE SELF-ADMINISTERED FIBROMYALGIA ASSESSMENT STATUS: A DISEASE-SPECIFIC COMPOSITE MEASURE FOR EVALUATING TREATMENT EFFECT. ARTHRITIS RES THER. 2009;11(4):R125).

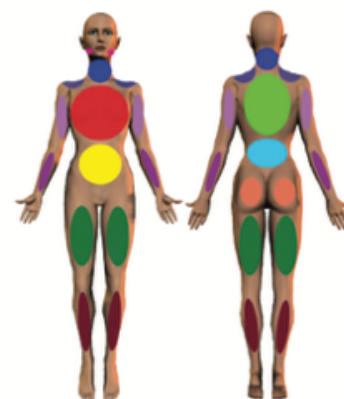
Polysymptomatic distress (PDS) scale

INDICE DI DIFFUSIONE DEL DOLORE (WPI)

Indicare se si è provato dolore o indolenzimento nel corso degli ultimi 7 giorni, nelle aree riportate in figura. Segnare le caselle in corrispondenza di ogni area interessata dal dolore o dall'indolenzimento:

☐ Cingolo scapolare sinistro	☐ Anca (gluteo, trocantere) sinistra	☐ Mascella sinistra
☐ Cingolo scapolare destro	☐ Anca (gluteo, trocantere) destra	☐ Mascella destra
☐ Braccio sinistro	☐ Coscia sinistra	☐ Torace
☐ Braccio destro	☐ Coscia destra	☐ Addome
☐ Avambraccio sinistro	☐ Gamba sinistra	☐ Area Dorsale
☐ Avambraccio destro	☐ Gamba destra	☐ Area Lombare
☐ Collo		

Score:



INDICE DI GRAVITA' DEI SINTOMI (SSS)

Per ognuno dei sintomi elencati esprimere la loro gravità nel corso degli ultimi 7 giorni, utilizzando la scala di seguito riportata:

0= Nessun problema; 1= Problema lieve: generalmente lieve e intermittente; 2= Problema moderato: disturbo di considerevole entità; presente spesso e/o di grado moderato; 3= Problema grave: continuo, che ostacola le attività della vita quotidiana

Stanchezza, spossatezza	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Difficoltà di concentrazione, perdita di memoria	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Stanchezza al risveglio, sonno non riposante	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Indicare la presenza o assenza dei 3 sintomi negli ultimi sei mesi:

Dolori o crampi addominali	☐ NO	☐ SI
Depressione	☐ NO	☐ SI
Emicrania, cefalea	☐ NO	☐ SI

Score SSS:

FIGURA. IL PUNTEGGIO PSD È CALCOLATO SOMMANDO L'INDICE DI DOLORE DIFFUSO (WPI) E IL PUNTEGGIO DELLA SCALA DI GRAVITÀ DEI SINTOMI (SSS) PER CIASCUN PAZIENTE. IL WPI VARIA DA 0 A 19. L'SSS È UN PUNTEGGIO CHE MISURA I SINTOMI DI AFFATICAMENTO (SU UNA SCALA DA 0 A 3), SONNO NON RISTORATORE (SU UNA SCALA DA 0 A 3) E SINTOMI COGNITIVI (SU UNA SCALA DA 0 A 3). IL PUNTEGGIO PSD VARIA DA 0 A 31.

Ripulisci

painDETECT **PAIN QUESTIONNAIRE**

Data: _____ Paziente: **Cognome:** _____ **Nome:** _____

Come valuta il suo dolore adesso, in questo momento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessun dolore Massimo dolore

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 Massimo dolore

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 Massimo dolore

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 si irradia

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

Per niente ☐ Molto poco ☐ Un po' ☐ Moderatamente ☐ Molto ☐ Moltissimo ☐

Nell'area del dolore sente un formicolio o un leggero prurito (come quello 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 o lenzuola) le sfiora leggermente quest'area?

Per niente ☐ Molto poco ☐ Un po' ☐ Moderatamente ☐ Molto ☐ Moltissimo ☐

Nell'area indicata ha degli attacchi improvvisi di dolore come scossa elettrica?

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 ☐

Punteggio totale 0 su 35

Development/Reference: R. Freynhagen, R. Baron, U. Gockel, T.R. Toile / Curr Med Res Opin, Vol.22, No. 10 (2006)
painDETECT questionnaire, ©2005 Pfizer Pharma GmbH, used with permission.

©2005 Pfizer Pharma GmbH

SCORING OF PAIN QUESTIONNAIRE	
Data:	Paziente: Cognome: Nome:
La preghiamo di riportare qui il punteggio del questionario sul dolore:	
Punteggio totale 0	
La preghiamo di sommare i seguenti numeri a seconda dell'andamento 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
	Forti attacchi di dolore senza dolore fra un attacco e l'altro + 1
	Forti attacchi di dolore con dolore fra un attacco e l'altro + 1
	Il dolore si irradia? + 2
Punteggio finale 0	
Risultato dello screening sulla base della presenza di una componente neuropatica del dolore	
Punteggio finale	
é improbable la presenza di una componente neuropatica del dolore (< 15%) Resultato ambiguo tuttavia può essere presente una componente neuropatica del dolore é probabile la presenza di una componente neuropatica del dolore (>90%)	
Questo foglio non sostituisce la diagnosi del medico ma è utilizzato per valutare la presenza di una componente neuropatica del dolore Development/Reference: R. Freynhagen, R. Baron, U. Gockel, T.R. Tölle / Curr Med Res Opin, Vol.22, No. 10 (2006)	