Observaciones

# DIARIO DE DOLOR

Este diario servirá para llevar, durante unos días,
un registro del dolor que usted padece.

Para entender mejor el dolor y mejorar la forma
como lo controla es útil analizar con qué intensidad
lo nota en diferentes momentos del día,
qué repercusiones tiene y qué actividades lo mejoran.

Nombre:

Apellidos:

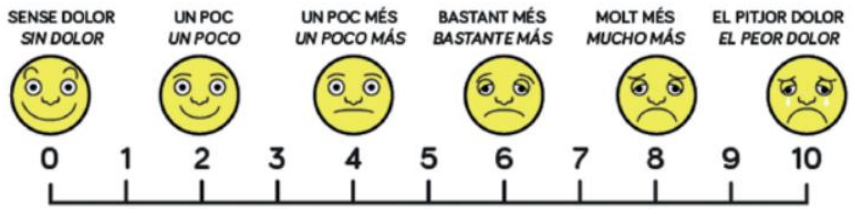
Periodo del registro:

GOIB CONSELLERIA SALUT I CONSUM SERVEI SALUT ILLES BALEARS

GOIB CONSELLERIA SALUT I CONSUM SERVEI SALUT ILLES BALEARS

## Intensidad

Registre la intensidad del dolor entre 0 y 10




## Repercusiones

Registre qué repercusión tiene el dolor en su vida

- No puedo hacer algunas actividades en casa.
- No puedo hacer algunas actividades en el trabajo.
- No puedo hacer deporte.
- No puedo hacer algunas actividades de ocio.
- No puedo dormir.
- Me pongo nervioso/nerviosa.
- Me provoca tristeza.
- Otro tipo de repercusión (tiene que describirlo).

## Mejora

Registre qué tiene que hacer para que la sensación de dolor mejore

- Andar, hacer estiramientos, gimnasia suave, taichí, yoga, Pilates.
- Hacer ejercicios de relajación, descansar en la cama, descansar sentado, aplicar frío o calo .
- Tomar un medicamento. ¿Cuál?
- Otra forma de mejorarla (tiene que describirla).

| Día | Fecha | Intensidad | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | | Mañana | | Tarde | | Noche | |
| Repercusiones | | | | | | | |
| Mejora | | | | | | | |

| Día | Fecha | Intensidad | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | | Mañana | | Tarde | | Noche | |
| Repercusiones | | | | | | | |
| Mejora | | | | | | | |

| Día | Fecha | Intensidad | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15 | | Mañana | | Tarde | | Noche | |
| Repercusiones | | | | | | | |
| Mejora | | | | | | | |

| Día | Fecha | Intensidad | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | | Mañana | | Tarde | | Noche | |
| Repercusiones | | | | | | | |
| Mejora | | | | | | | |

| Día | Fecha | Intensidad | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | Mañana | | Tarde | | Noche | |
| Repercusiones | | | | | | | |
| Mejora | | | | | | | |

| Día | Fecha | Intensidad | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | | Mañana | | Tarde | | Noche | |
| Repercusiones | | | | | | | |
| Mejora | | | | | | | |

| Día | Fecha | Intensidad | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | | Mañana | | Tarde | | Noche | |
| Repercusiones | | | | | | | |
| Mejora | | | | | | | |

| Día | Fecha | Intensidad | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | | Mañana | | Tarde | | Noche | |
| Repercusiones | | | | | | | |
| Mejora | | | | | | | |

| Día | Fecha | Intensidad | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | | Mañana | | Tarde | | Noche | |
| Repercusiones | | | | | | | |
| Mejora | | | | | | | |

| Día | Fecha | Intensidad | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | | Mañana | | Tarde | | Noche | |
| Repercusiones | | | | | | | |
| Mejora | | | | | | | |

| Día | Fecha | Intensidad | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | Mañana | | Tarde | | Noche | |
| Repercusiones | | | | | | | |
| Mejora | | | | | | | |

| Día | Fecha | Intensidad | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | | Mañana | | Tarde | | Noche | |
| Repercusiones | | | | | | | |
| Mejora | | | | | | | |

| Día | Fecha | Intensidad | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | | Mañana | | Tarde | | Noche | |
| Repercusiones | | | | | | | |
| Mejora | | | | | | | |

| Día | Fecha | Intensidad | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | | Mañana | | Tarde | | Noche | |
| Repercusiones | | | | | | | |
| Mejora | | | | | | | |

| Día | Fecha | Intensidad | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | | Mañana | | Tarde | | Noche | |
| Repercusiones | | | | | | | |
| Mejora | | | | | | | |