

Coordenação de Assuperintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (SAFTEC)
Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF)
Coassistência Farmacêutica na Atenção Especializada (COAFE)

painDETECT Versão Brasileira

Data: _____ Paciente Nome: _____ Sobrenome: _____

Como você avaliaria sua dor agora, nesse momento?

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


Qual foi a intensidade da dor mais forte que você sentiu nas últimas 4 semanas?

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

Qual foi a intensidade média da sua dor durante as últimas 4 semanas?

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


Por favor, indique a principal área da sua dor




A sua dor se espalha para outras regiões do seu corpo?
Sim Não

Se sim, indique para onde sua dor se espalha


Marque a imagem que melhor representa a evolução da sua dor




Dor constante com pequenas flutuações



Dor constante com crises de dor aguda



Crises de dor aguda sem dor nos intervalos



Crises de dor aguda com dor nos intervalos

Você sofre de uma sensação de queimação (ex. ardência) nas áreas marcadas ?

Nunca Insignificante Pouco Moderada Forte Muito Forte

Você tem uma sensação de formigamento ou picada na área da sua dor (como formigas andando ou choque elétrico)?

Nunca Insignificante Pouco Moderada Forte Muito Forte

O toque suave (ex. roupa, cobertor) é doloroso nessa área?

Nunca Insignificante Pouco Moderada Forte Muito Forte

Você tem crises repentinas de dor nessa área, como choques elétricos?

Nunca Insignificante Pouco Moderada Forte Muito Forte

O frio ou calor (água de banho) nesta região é eventualmente doloroso?

Nunca Insignificante Pouco Moderada Forte Muito Forte

Você sofre de uma sensação de dormência nas áreas que você marcou?

Nunca Insignificante Pouco Moderada Forte Muito Forte

Uma leve pressão nessa área (como um dedo, por exemplo), causa dor?

Nunca Insignificante Pouco Moderada Forte Muito Forte

Nunca	Insignificante	Pouco	Moderada	Forte	Muito Forte
<input type="checkbox"/> x 0 = 0	<input type="checkbox"/> x 1 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 2 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 3 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 4 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 5 = <input type="checkbox"/>
Pontuação Total <input type="text"/>					de 35 no máximo

Questionário de avaliação de qualidade de vida e dor (Main Severity Score Index ou Pediatric Health and Pain Questionnaire (FPHQ) e Sistema de pontuação de gravidade da doença (DS315). fonte: Rio, et al. 2022

Assinatura e carimbo do médico