

Patient Name:

DOB:

MR #:

UW Health
 (University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
EVALUACIÓN DEL DOLOR DESPUÉS DE UNA INYECCIÓN EN RADIOLOGÍA- DIARIO DEL DOLOR

Fecha: _____

Durante las horas de oficina llame al (608) 263-9729. Después de las horas de oficina llame al (608) 262-2122 y pregunte por el radiólogo de especialista en hueso de guardia.

Nombre del Procedimiento:	
Radiólogo(a):	
Médico que Ordena el Procedimiento:	
Medicamento Utilizado:	
# de Acceso:	

Después del procedimiento, usted debería reanudar sus actividades normales. Deberá llevar un registro de cualquier cambio en sus síntomas durante 2 semanas. Por favor encierre en un círculo el número que mejor describa su dolor en la tabla siguiente.

REGISTRO DEL DOLOR

Encierre en un círculo el número que mejor describe su dolor: 0 es sin dolor, 10 es el peor dolor imaginable

Fecha:	Evaluación del Dolor										
	Sin Dolor										Peor Dolor
Antes del Procedimiento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inmediatamente después del Procedimiento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La Noche de la Inyección	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1er día después de la inyección	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2do Dia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3er Dia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7mo Dia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14avo Dia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Por favor describa cualquier efecto secundario, problemas o comentarios: _____

Una vez que complete este cuestionario, por favor devuelva el formulario en el sobre proporcionado.

Patient Name:

DOB:

MR #:

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
RADIOLOGY POST INJECTION PAIN
ASSESSMENT – PAIN DIARY

Date: _____

During business hours call (608) 263-9729. After hours call (608) 262-2122 and ask for the bone radiologist on call.

Name of Procedure:	
Radiologist:	
Ordering Physician:	
Medication Used:	
Accession #:	

Following the procedure, you should resume your normal activity. You will need to keep a record of any change in your symptoms for 2 weeks. Please circle the number which best describes your pain in the table below.

PAIN RECORD

Circle the number that best describes your pain: 0 being no pain, 10 being the worst pain imaginable

Date:	Pain Assessment										
	No Pain Worst Pain										
Prior to Procedure	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Immediately after Procedure	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Evening of injection	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1st day after injection	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2nd Day	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3rd Day	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7th Day	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14th Day	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Please note any side-effects, problems, or comments: _____

After you have completed this questionnaire, please return the form in the envelope provided.