

**Registro Diario de la evolución del dolor**


---

Nombre:

Fecha:

<b>Hora</b>	<b>Escala de clasificación del dolor 0-10 (0=sin dolor, 10=dolor muy intenso)</b>	<b>Tipo de medicación y cantidad administrada</b>	<b>Otras medidas para alivio del dolor que ha probado o cualquier cosa que influya sobre el dolor</b>	<b>Principal actividad que realiza: acostado sentado de pie/andando</b>
24				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

<b>15</b>				
<b>16</b>				
<b>17</b>				
<b>18</b>				
<b>19</b>				
<b>20</b>				
<b>21</b>				
<b>22</b>				
<b>23</b>				

Comentarios: \_\_\_\_\_

Fuente: McCaffery M, Beebe A. Dolor Manual clínico para la práctica de enfermería. Salvat 1992; p33