

# DIÁRIO DE SINTOMAS

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## 1. SINTOMAS GERAIS DO DIA

Sintoma	Início	Fim	Observações

## 2. ESCALA DE DOR (marque com um X o número que melhor representa sua dor)

0 = Sem dor | 1-3 = Leve | 4-6 = Moderada | 7-10 = Intensa





0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Localização da dor: \_\_\_\_\_

## 3. NÁUSEA, VÔMITO E ALIMENTAÇÃO

Item	Sim	Não	Detalhes
Náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vômito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perda de apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificuldade para engolir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 4. HUMOR E BEM-ESTAR EMOCIONAL

 Bem / Tranquilo	 Regular	 Triste / Ansioso	 Muito mal

## 5. MEDICAMENTOS TOMADOS HOJE

Medicamento	Dose	Horário	Observação

## 6. SONO E ATIVIDADE FÍSICA

Horas dormidas: \_\_\_\_\_ Qualidade do sono:  Boa  Regular  Ruim  Insônia

Atividade física hoje:  Nenhuma  Caminhada leve  Exercício moderado  Outro: \_\_\_\_\_

## 7. ANOTAÇÕES LIVRES / DÚVIDAS
