

NOPPAIN

(Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)

Strumento di valutazione del dolore per pazienti non comunicanti.

Nome del compilatore:	
Nome dell'ospite:	
Data:	
Ora:	

ISTRUZIONI: Il personale di assistenza dovrebbe effettuare almeno 5 minuti di attività assistenziali quotidiane all'ospite osservando i comportamenti da dolore. Il presente modulo dovrebbe essere compilato subito dopo le attività assistenziali.

I. Scheda di controllo delle attività Segna "si" o "no" per ciascuna voce nelle colonne A e B		A Lo hai fatto?	B Hai osservato dolore mentre lo facevi?
A. Mettere l'ospite a letto o osservarlo mentre si sdraia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B. Voltare l'ospite nel letto		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C. Spostare l'ospite (dal letto alla sedia, dalla sedia al letto, da in piedi o dalla carrozzina al bagno)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
D. Far sedere l'ospite sul letto o osservarlo mentre si siede		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E. Aiutare l'ospite a stare in piedi o osservarlo mentre sta in piedi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
F. Vestire l'ospite		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
G. Alimentare l'ospite		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
H. Aiutare l'ospite a camminare o osservarlo mentre cammina		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
I. Fare il bagno all'ospite o fargli una spugnatura		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PUNTEGGIO Somma il numero delle caselle "SI" che hai segnato nella colonna B		TOTALE 1 <input type="text"/>	

II. Comportamento da dolore Che cosa hai visto o sentito durante l'assistenza?	
Parole di dolore? • "Mi fa male!" • "Ahi!" • "Basta!" Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità hanno avuto le parole di dolore? 	Mimica facciale di dolore? • Smorfie • Traslamenti • Sopracciglia aggrottate Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità ha avuto la mimica di dolore?
Vocalizzi di dolore? • Gemiti Lamenti • Grugniti Pianti • Rantoli Sospiri Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità hanno avuto i vocalizzi di dolore? 	Si immobilizza? • Rigidità • Sostenere una parte del corpo • Proteggersi Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità ha avuto l'immobilizzazione?
Si massaggia? • Frizionare la zona dolorante Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità ha avuto il massaggio? 	Irrequietezza? • Frequente cambio di posizione • Dondolio • Incapacità di stare seduto fermo Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità ha avuto l'irrequietezza?
PUNTEGGIO a. Somma il numero di caselle "SI" che hai segnato	TOTALE 2a <input type="text"/>
	b. Somma i numeri che hai segnato sulle scale di intensità <input type="text"/>
TOTALE 2b <input type="text"/>	

III. Intensità del dolore
Valuta il dolore dell'ospite al massimo livello che hai notato oggi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Assente Lieve Moderato Intenso Peggior possibile

TOTALE 3

! Se l'ospite ha riferito di aver dolore, o il suo punteggio NOPPAIN è maggiore o uguale a 3, segnala l'ospite all'infermiere per un esame globale.

PUNTEGGIO NOPPAIN

TOTALE 1 + TOTALE 2a + TOTALE 2b + TOTALE 3 = PUNTEGGIO NOPPAIN

+ + + =

Scala di rilevazione del dolore PAINAD (Pain Assessment In Advance Dementia)

	0	1	2
Respiro (indipendentemente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato. Iperventilazione. Cheyne-stokes.
Vocalizzazione	Normale	Occasionali lamenti. Saltuaria coprolalia	Ripetuti richiami. Lamenti. Pianto.
Espressione facciale	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso. Movimenti nervosi. Irrequietezza.	Rigidità. Agitazione. Ginocchia piegate. Movimento afinalistico, a scatti.
Consolabilità	Non necessità di consolazione.	Distratto o rassicurato da voce o tocco.	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

Warden V., Hurley AC, Volicer L., Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced dementia (PAINAD) scale, J Am Med Dir Assoc, 2003 jan-feb, 4 (1):50-1