



EN-D

Escala Numérica de Dor — intensidade e impacto funcional · 12 anos ou mais

Nome: _____

Idade: _____ Data: ____ / ____ / ____

Para cada item, circule o número que melhor descreve a **sua dor** ou o **impacto dela na sua vida** nas últimas 24 horas. **0** indica ausência total · **10** indica o máximo imaginável.

INTENSIDADE DA DOR

Sua **pior** dor nas últimas 24 horas

sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 pior dor imaginável

Sua dor **mais leve** nas últimas 24 horas

sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 pior dor imaginável

Sua dor **em média** nas últimas 24 horas

sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 pior dor imaginável

Sua dor **neste momento**

sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 pior dor imaginável

IMPACTO DA DOR NO DIA A DIA (ÚLTIMAS 24 HORAS)

Atividades do dia a dia

não atrapalha 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 atrapalha totalmente

Humor ou estado emocional

não atrapalha 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 atrapalha totalmente

Capacidade de andar ou se locomover

não atrapalha 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 atrapalha totalmente

Trabalho ou estudos

não atrapalha 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 atrapalha totalmente

Convívio com outras pessoas

não atrapalha 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 atrapalha totalmente

Sono

não atrapalha 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 atrapalha totalmente

Capacidade de aproveitar a vida

não atrapalha 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 atrapalha totalmente

INTENSIDADE

0 sem dor · 1–3 dor leve

4–6 dor moderada · 7–10 dor intensa

IMPACTO FUNCIONAL

Interferência ≥ 5 em qualquer área indica **impacto funcional significativo** e merece atenção clínica.