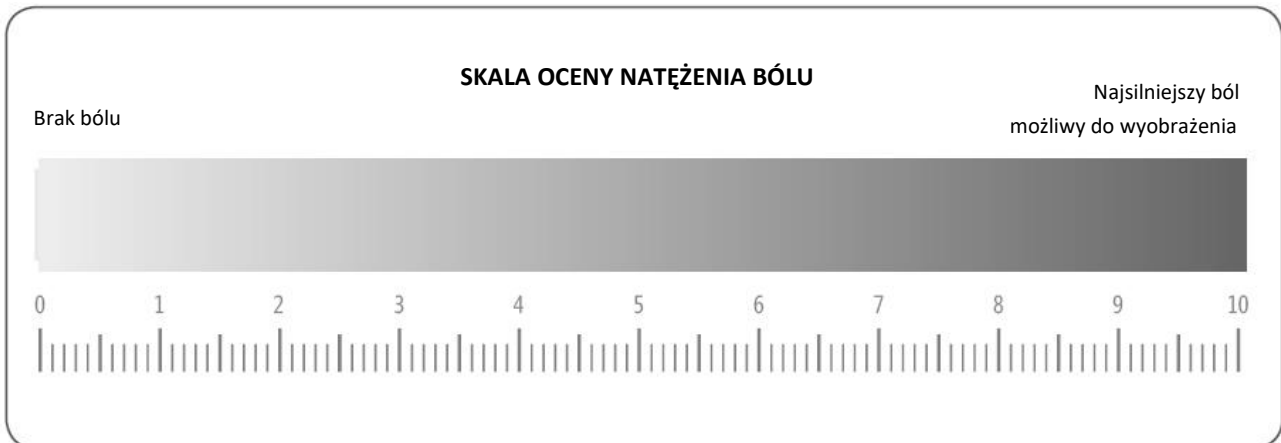


2. WIZYTA KOLEJNA – KONTROLA BÓLU

Data

Proszę ocenić natężenie bólu w skali numerycznej (NRS) od 0 do 10



1. Aktualne natężenie bólu w skali numerycznej od 0 do 10:

2. Natężenie bólu średnie w ciągu ostatniego tygodnia w skali numerycznej od 0 do 10:

3. W przypadku braku możliwości zastosowania skali numerycznej proszę ocenić natężenie bólu w odpowiedniej skali, w przypadku dziecka również skali odpowiedniej do wieku i stanu intelektualnego pacjenta:

1) skala obrazkowa (FPS)



2) skala słowna (VRS)



3) skala wzrokowo-analogowa (VAS)



Nazwa skali oraz natężenie bólu	
---------------------------------	--

4. Proszę ocenić natężenie bólu w spoczynku i w ruchu:

Nazwa skali oraz natężenie bólu

5. Proszę ocenić ulgę w bólu, jaką Pan(i) odczuł(a) po zastosowaniu leczenia przeciwbólowego:

- całkowita ulga w bólu
- umiarkowana ulga w bólu
- mała ulga w bólu
- brak ulgi w bólu

6. Proszę ocenić satysfakcję w zakresie z zastosowanego leczenia:

- duża satysfakcja z zastosowanego leczenia
- umiarkowana satysfakcja z zastosowanego leczenia
- mała satysfakcja z zastosowanego leczenia
- brak satysfakcji z zastosowanego leczenia

7. Czy ból jest dobrze kontrolowany między dawkami leku przeciwbólowego?

- tak
- nie

Oznaczenie lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) uzyskane specjalizacje;
- 3) numer prawa wykonywania zawodu;
- 4) podpis.