

WZÓR

Karta oceny natężenia bólu

Oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Nazwisko i imię pacjenta

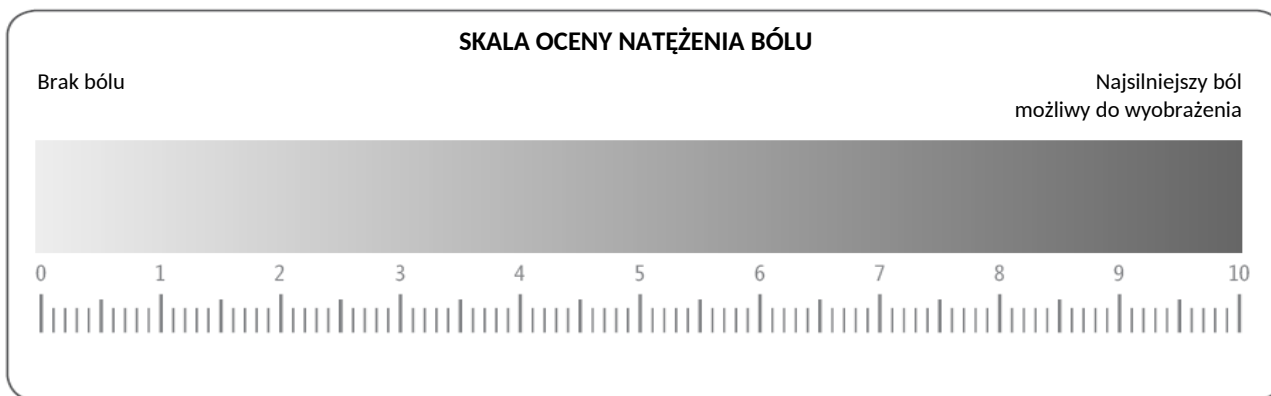
Numer PESEL

CZĘŚĆ A

1. WIZYTA PIERWSZA - OCENA BÓLU

Data

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



- Aktualne natężenie bólu w skali numerycznej od 0 do 10:
- Natężenie bólu średnie w ciągu ostatniego tygodnia w skali numerycznej od 0 do 10:
- 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 wpływ bólu na podstawowe elementy jakości życia:

- | | | | |
|---|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Czy ból wpływa na nastrój? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| Czy ból wpływa na sen? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| Czy ból wpływa na codzienne funkcjonowanie? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| Czy ból wpływa na pracę zawodową? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |

CZĘŚĆ B (NIEOBOWIĄZKOWA)

1. Proszę określić lokalizację bólu, który wymaga leczenia

(w przypadku wielu miejsc występowania bólu można zastosować numerację tych miejsc)

2. Proszę opisać charakter bólu:

- tępy ostry piekący/palący kłujący, jak rażenie prądem
 stały nawracający napadowy

3. Czy stosuje Pan(i) leki przeciwbólowe?

- tak - jakie, w jakich dawkach? nie

4. Czy stosowane leki przeciwbólowe zmniejszają ból?

- tak nie

Opinia lekarza:

1. Rozpoznanie zespołu bólowego

2. Zalecenia terapeutyczne – nazwa leku przeciwbólowego, dawka, częstość stosowania, inne metody leczenia

Oznaczenie lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego:

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