

WZÓR

Karta oceny natężenia bólu

Oznaczenie podmiotu wykonującego
działalność leczniczą

Nazwisko i imię pacjenta

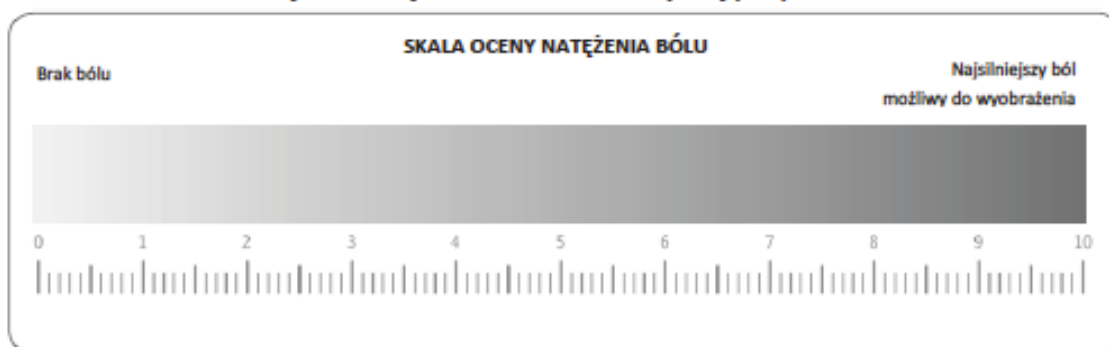
Numer PESEL

CZĘŚĆ A

1. WIZYTA PIERWSZA – OCENA BÓLU

Data

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



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)



brak bólu



łagodny ból



umiarkowany ból



silny ból



bardzo silny ból

2) skala słowna (VRS)



brak bólu



łagodny ból



umiarkowany ból



silny ból



bardzo silny ból

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:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> tępy | <input type="checkbox"/> ostry | <input type="checkbox"/> piekący/palący | <input type="checkbox"/> kłujący, jak rażenie prądem |
| <input type="checkbox"/> stały | <input type="checkbox"/> nawracający | <input type="checkbox"/> 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

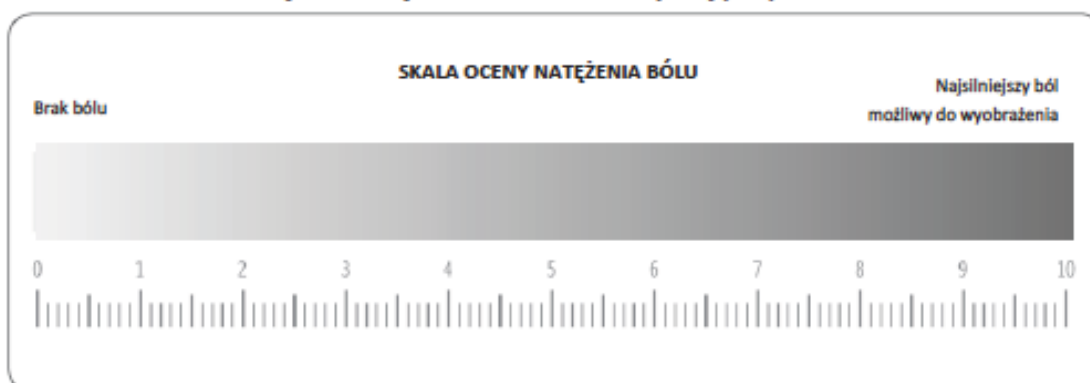
Oznaczenie lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego:

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

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.