

WZÓR

„Karta Oceny Nasilenia Bólu”

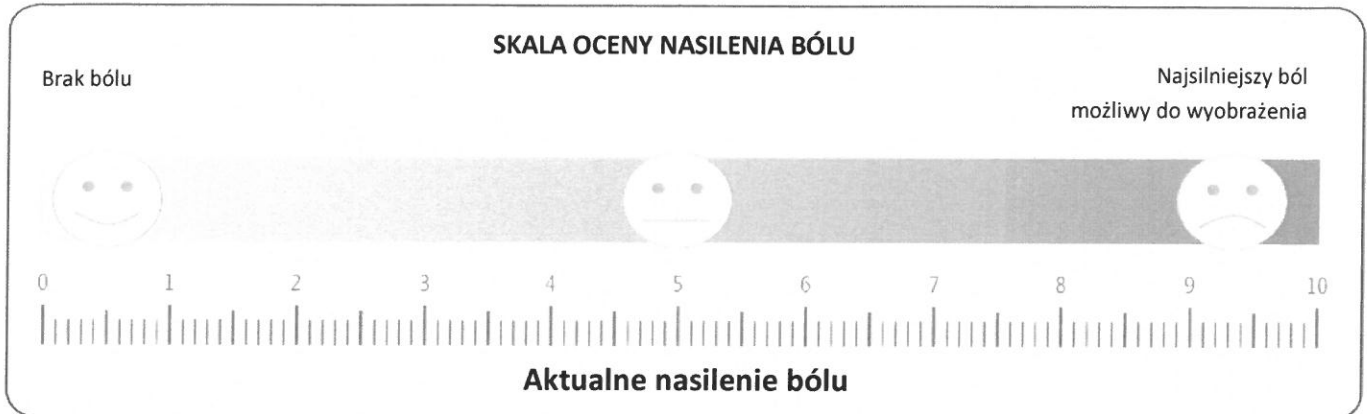
Oznaczenie podmiotu leczniczego

Nazwisko i imię pacjenta

1. WIZYTA PIERWSZA – OCENA BÓLU

Data .....

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



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

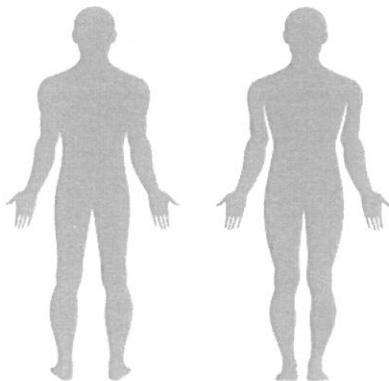
2. Nasilenie bólu w ciągu ostatniego tygodnia w skali numerycznej od 0 do 10:

3. 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 |

4. Proszę zaznaczyć na diagramie lokalizację bólu, który wymaga leczenia

(można zastosować numerację w przypadku wielu miejsc):



5. Proszę opisać charakter bólu:

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

6. Czy stosuje Pani/Pan leki przeciwbólowe?

- tak – jakie? W jakich dawkach?  nie

7. Czy stosowane leki przeciwbólowe zmniejszają ból?

- tak  nie

Opinia lekarza: /oznaczenie lekarza

1. Rozpoznanie zespołu bólowego

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

## 2. KOLEJNA WIZYTA – KONTROLA BÓLU

Data .....

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

**SKALA OCENY NASILENIA BÓLU**

Brak bólu Najsilniejszy ból  
możliwy do wyobrażenia

Aktualne nasilenie bólu

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

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

3. Proszę ocenić ulgę w bólu jaką Pani/Pan odczuła po zastosowaniu leczenia przeciwbólowego:

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

4. Czy ból jest dobrze kontrolowany pomiędzy dawkami leku przeciwbólowego?

- tak
- nie

5. Czy w ciągu ostatniego okresu leczenia lekami przeciwbólowymi wystąpił u Pani/Pana jeden lub więcej następujących objawów:

- mdłości
- wymioty
- zawroty głowy
- senność
- ból brzucha
- zaparcia
- swędzenie skóry
- inne (proszę podać jakie)

Opinia lekarza: zalecenia terapeutyczne/oznaczenie lekarza

Opinia pielęgniarki/położnej: monitorowanie bólu/oznaczenie pielęgniarki/położnej