

**PROTOKÓŁ**  
**POSTĘPOWANIA KWALIFIKACYJNEGO**  
**W CELU PRYZNANIA**  
**CERTYFIKATU**  
**POLSKIEGO TOWARZYSTWA BADANIA BÓLU**  
**JEDNOSTCE ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ**  
**ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI**  
**W ZAKRESIE MEDYCYNY BÓLU**

***METRYKA JEDNOSTKI***

*(wypełniać drukowymi literami)*

*NAZWA:*

*ADRES: kod:                    -                    miejscowość:*

*ulica:*

*TELEFON:*

*FAX:*

*E-MAIL:*

*KIEROWNIK:*

## 1. OGÓLNE

KATEGORIA WARUNKU PODSTAWOWEGO	DOWÓD LUB OPIS KATEGORII	PUNKTY
Rejestr jednostki		10 punktów
Dokumentacja medyczna chorego	<i>adnotacja:</i>	

## 2. PERSONEL

KATEGORIA WARUNKU PODSTAWOWEGO	DOWÓD LUB OPIS KATEGORII	PUNKTY
Kierownik jednostki członkostwo PTBB zaświadczenie o specjalizacji	<i>potwierdzenie zatrudnienia w jednostce przez Dział Kadr</i> <i>adnotacja:</i> <i>kserokopia dołączona do protokołu</i>	10 punktów
lub nazwisko i imię zatrudnionego specjalisty anestezjologa zaświadczenie o specjalizacji	<i>potwierdzenie zatrudnienia w jednostce przez Dział Kadr</i> <i>adnotacja:</i> <i>kserokopia dołączona do protokołu</i>	
Pielęgniarka (nazwisko i imię)	<i>potwierdzenie zatrudnienia w jednostce przez Dział Kadr</i> <i>adnotacja:</i>	

### 3. KWALIFIKACJE

KATEGORIA WARUNKU PODSTAWOWEGO	DOWÓD LUB OPIS KATEGORII	PUNKTY
Kurs: „Leczenie bólu” i staż co najmniej 1-miesięczny ukończony przez kierownika	<i>kserokopia zaświadczenia dołączona do protokołu</i>  <i>adnotacja:</i>	10 punktów

### 4. OCENA BÓLU

KATEGORIA WARUNKU PODSTAWOWEGO	DOWÓD LUB OPIS KATEGORII	PUNKTY
Metoda ilościowa	<i>adnotacja (według dokumentacji medycznej):</i>	10 punktów
Metoda jakościowa	<i>adnotacja (według dokumentacji medycznej):</i>	
Psychometria bólu	<i>adnotacja (według dokumentacji medycznej):</i>	

## 5. METODA LECZENIA

KATEGORIA WARUNKU PODSTAWOWEGO	DOWÓD LUB OPIS KATEGORII	PUNKTY
Anestezjologiczna	<i>adnotacja (na podstawie dokumentacji medycznej):</i>	10 punktów
Farmakologiczna	<i>adnotacja (na podstawie dokumentacji medycznej): czy jednostka posiada druki Rpw? TAK NIE</i>	
Fizykalna / Rehabilitacyjna / Neuromodulacyjna	<i>adnotacja (na podstawie dokumentacji medycznej):</i>	
Psychologiczna	<i>adnotacja (na podstawie dokumentacji medycznej):</i>	

## 6. SPRZĘT I LEKI

KATEGORIA WARUNKU PODSTAWOWEGO	DOWÓD LUB OPIS KATEGORII	PUNKTY
Do resuscytacji	<i>adnotacja i kserokopia spisu inwentaryzacyjnego:</i>	10 punktów
Do zabiegów fizykalnych / rehabilitacyjnych / neuromodulacyjnych	<i>adnotacja i kserokopia spisu inwentaryzacyjnego:</i>	
Do zabiegów anestezjologicznych	<i>adnotacja i kserokopia spisu inwentaryzacyjnego:</i>	

*U W A G I:*

Imię i nazwisko osoby prezentującej jednostkę .....

Data .....

.....  
*podpis*

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem /-łam/ poinformowany /-a/ o konieczności powiadomienia Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badania Bólu w terminie do 14 dni o zaistniałych zmianach dotyczących warunków podstawowych.

Data .....  
.....  
*podpis*

---

---

Wizytatorzy Komisji ds. Certyfikatu PTBB:

1/ ..... 2/ .....  
*imię i nazwisko* *imię i nazwisko*

stwierdzają uzyskanie ..... pkt i ..... spełnienie warunków do uzyskania Certyfikatu PTBB  
dnia ..... przez

.....  
*nazwa jednostki*

.....  
*czytelny podpis*

.....  
*czytelny podpis*

---

---

### DECYZJA:

W oparciu o ocenę dokonaną przez wizytatorów Komisji ds. Certyfikatu PTBB  
w dniu ..... Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Badania Bólu  
przyznaje .....  
*CERTYFIKAT Nr:* ..... na okres od ..... do .....

Niniejsza decyzja traci ważność w przypadku jakichkolwiek zmian w informacjach  
zawartych na stronie 1 – 4.

.....  
Przewodniczący Komisji

.....  
Prezes PTBB

Data: .....