

WZÓR

„Karta oceny natężenia bólu”

Oznaczenie podmiotu wykonującego  
działalność leczniczą

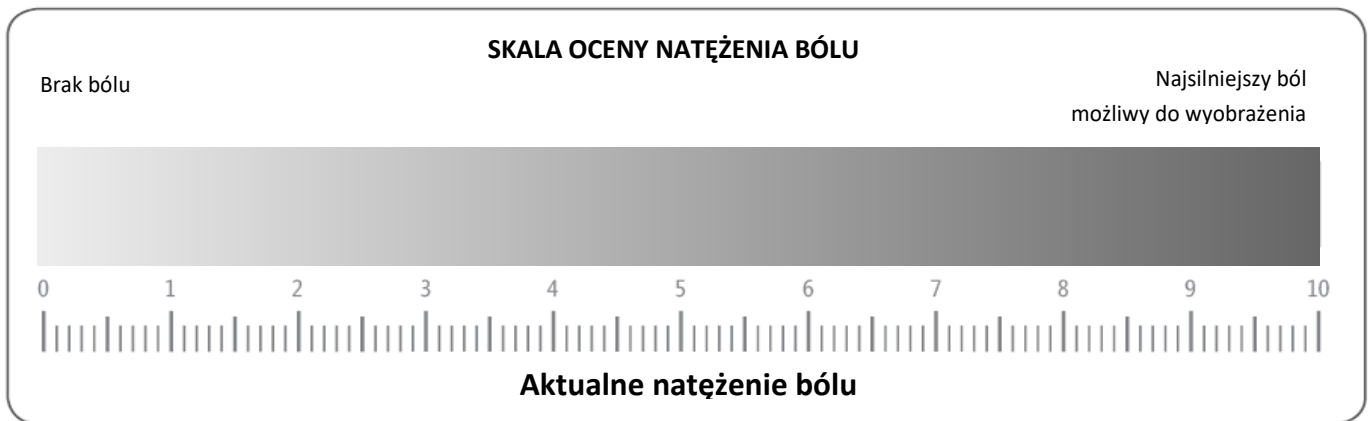
Nazwisko i imię pacjenta

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 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 – słowna, obrazkowa, wzrokowo-analogowa(nazwa skali oraz natężenie bólu)*

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 |

## CZĘŚĆ B (NIEOBOWIĄZKOWA)

1. Proszę określić lokalizację bólu który wymaga leczenia  
(można zastosować numerację w przypadku wielu miejsc):

2. Proszę opisać charakter bólu:

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

3. Czy stosuje Pani/Pan 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

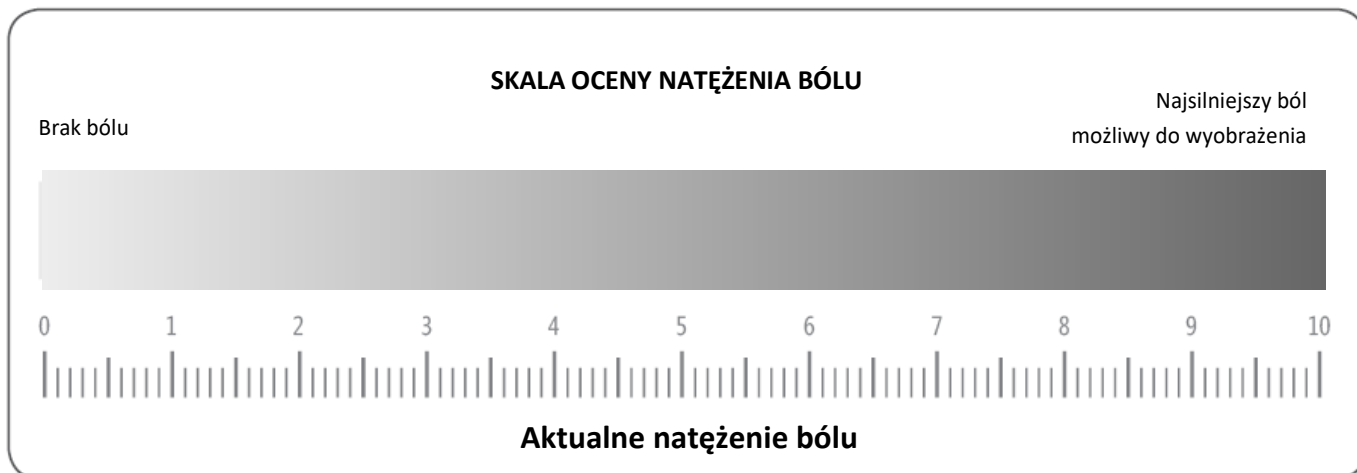
Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) tytuł zawodowy;
- 3) uzyskane specjalizacje;
- 4) numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy;
- 5) 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 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-słowna, obrazkowa, wzrokowo-analogowa (nazwa skali oraz natężenie bólu)*

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

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

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

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

- tak
- nie

**Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych:**

- 1) imię i nazwisko;
- 2) tytuł zawodowy;
- 3) uzyskane specjalizacje;
- 4) numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy;
- 5) podpis.