

pieczęć oddziału

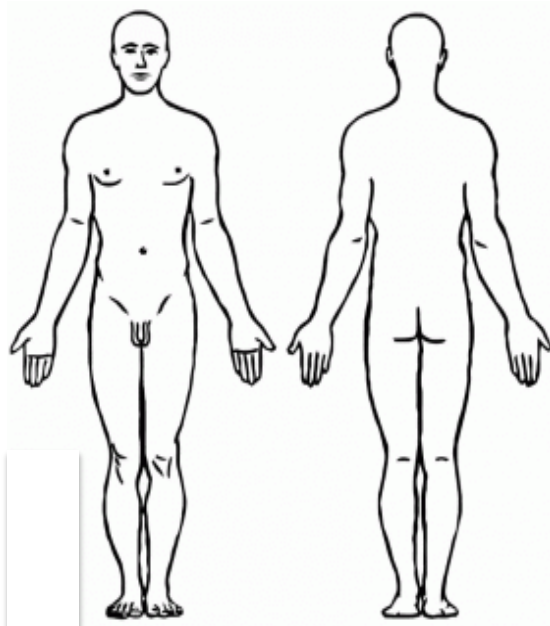
Historia choroby - nr:

SZPITALNA KARTA OCENY I KONTROLI BÓLU

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

data:



miejsce bólu zaznaczyć polem: 

natężenie bólu (NRS od 1 do 10 pkt.):

charakter bólu:

.....
.....
.....
.....
.....

Okres odczuwania bólu:

Rozpoznanie patomechanizmu bólu:

- ból nocycyptywny
- ból neuropatyczny
- ból przebijający
- ból psychogeny

Historia leczenia przeciwbólowego (farmakologicznego i nefarmakologicznego):

.....
.....
.....
.....
.....

Zlecono leczenie przeciwbólowe (analgetyki i adjuwanty):

.....
.....
.....
.....
.....

pieczęć i podpis lekarza

