

Imiona	Zespół Sanatoryjno-Szpitalny Rehabilitacji Narządu Ruchu „Gwarek”	Str.
Nazwisko	KARTA OCENY NASILENIA BÓLU (wypełnia pacjent)	Dz.
PESEL		Nr Fm/04/09
Oddział:		W: 03.12.2018r.

1. Co Panią/Pana boli w chwili obecnej ?

- podkreślić bolesne odcinki kręgosłupa: szyjny, piersiowy, lędźwiowo-krzyżowy
- wymienić bolesne stawy:.....
- inne bolące miejsca:.....

2. Które z w/w miejsc w chwili obecnej boli najbardziej?

.....

3. Proszę ocenić nasilenie bólu w skali NRS (poniżej) od 0 do 10:

0 . . 1 . . 2 . . 3 . . 4 . . 5 . . 6 . . 7 . . 8 . . 9 . . 10									
bez bólu (0)	słaby (1-3)	umiarkowany (4-5)	silny(6-7)	b. silny (8-9)	ból nie do zniesienia (10)				

- A. aktualne nasilenie bólu w w/w skali NRS od 0 do 10
- B. nasilenie bólu w ciągu ostatniego tygodnia w w/w skali NRS od 0 do 10

4. Od kiedy występuje nasilenie tego bólu ?

- 5. Jaki jest charakter bólu? (podkreślić):** stały nawracający napadowy
 tępy ostry piekący kłujący inny.....

6. Czy ból ten wpływa na takie elementy jakości życia, jak:

- | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| nastrój: | <input type="checkbox"/> nie wpływa | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| sen: | <input type="checkbox"/> nie wpływa | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| codzienne funkcjonowanie: | <input type="checkbox"/> nie wpływa | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| pracę zawodową: | <input type="checkbox"/> nie wpływa | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |

7. Co nasila ból?

8. Co łagodzi ból?

9. Jakie stosuje Pani/Pan leki przeciwbólowe obecnie? Jaka dawka? Jak często?

Nazwa leku	Dawka	Dawkowanie

10. Czy stosowane leki przeciwbólowe zmniejszają ból? tak nie

DATA.....

PODPIS PACJENTA.....

Str.	Zespół Sanatoryjno-Szpitalny Rehabilitacji Narządu Ruchu „Gwarek”	Imiona
Dz.	KARTA OCENY NASILENIA BÓLU (wypełnia pacjent)	Nazwisko
Nr Fm/04/09		PESEL
W: 03.12.18r.		Oddział:

Czy potrafi Pani/Pan samodzielnie:

- | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. ubrać się i rozebrać | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 2. umyć się | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 3. skorzystać z toalety | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 4. zjeść posiłek | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 5. zażywać zlecone leki | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 6. chodzić na zabiegi | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |

CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE (zaznaczyć krzyżykiem)			
<input type="checkbox"/> Choroba niedokrwienna serca (tzw. wieńcowa)	<input type="checkbox"/> Choroby tarczycy-jakie?		
<input type="checkbox"/> Niewydolność serca/krążenia	<input type="checkbox"/> Choroba wrzodowa żołądka i/lub dwunastnicy		
<input type="checkbox"/> Arytmie serca	<input type="checkbox"/> Zakrzepica żył głębokich/zator płuc		
<input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> Żylaki kończyn dolnych		
<input type="checkbox"/> Astma oskrzelowa/POCHP	<input type="checkbox"/> Grzybica skóry / paznokci stóp / paznokci rąk		
<input type="checkbox"/> Cukrzyca	<input type="checkbox"/> Rana / owrzodzenie / odleżyna-gdzie?		
<input type="checkbox"/> Choroby nowotworowe ? Jakie ?			
<input type="checkbox"/> Inne choroby? Jakie ?			
POBYTY W SZPITALACH/OPERACJE			
Nazwa oddziału:	Przyczyna:	Termin pobytu:	
CZY MA PANI /PAN WSZCZEPIONE	Typ:	Data operacji	Okolica ciała:
<input type="checkbox"/> rozrusznika serca/kardiowerter-stymulator			
<input type="checkbox"/> endoprotezy			
<input type="checkbox"/> części metalowe (śruby, płyty, gwoździe itp)			
<input type="checkbox"/> stenty lub by-passy			
<input type="checkbox"/> zastawki (serca, mózgu)			
<input type="checkbox"/> inne urządzenia, np. stymulator mózgu			
CZY PANI/PAN ŹLE TOLERUJE ZABIEGI REHABILITACYJNE? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak: które?			

CZY JEST PANI W CIAŻY ? Nie Tak w którym miesiącu?.....

DATA.....

PODPIS PACJENTA.....