SP ZOZ w Obornikach ul. Szpitalna 2

KARTA KONTROLI BÓLU PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO:
PESEL:
ROZPOZNANIE:

Zgłasza dolegliwości bólowe		**☐TAK**		**☐NIE**				
Rodzaj bólu		**Trzewny ☐TAK ☐NIE**		**Kostny ☐TAK ☐NIE**		**Neuropatyczny ☐TAK ☐NIE**		**Inny**
Ocena natężenia bólu w skali numerycznej: 0 – 10 pkt. dla dorosłych				**Ocena natężenia bólu w 6-o stopniowej skali obrazkowej dla dzieci**				
Data	**Godzina**	**Ocena**	**Nazwa i dawka leku**	**Podpis i pieczęć**	**Godzina**	**Ocena po interwencji**	**Podpis I pieczęć**	**Lokalizacja bólu**