**Załącznik nr.\_ \_ \_**

KARTA MONITOROWANIA BÓLU

|  |  |
| --- | --- |
| **I. Dane o pacjencie** |  |
| Nazwisko i imię (inicjały) |  | Wiek |  |
| Oddział |  | Nr sali |  |
| Rozpoznanie |  |
|  **bez bólu ból łagodny ból umiarkowany ból silny ból bardzo silny ból olbrzymi (!)** |
| **NRS** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS |
| …./…./…….r. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS |
| …./…./…….r. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS |
| …./…./…….r. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS | Godz. | NRS |
| …./…./…….r. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **II. Objawy niepożądane leków przeciwbólowych / Uwagi**  |
| Data | Uwagi | * nadmierna sedacja
 | □ |
|  |  | * nudności
 | □ |
|  | * wymioty
 | □ |
|  | * świąd
 | □ |
|  | * inne
 | □ |
| Data i podpis studenta/tki |  |