**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 |  | | | |