

Patient .....

Wiek .....

Nr. Historii Choroby .....

Choroba Podstawowa .....

### Rodzaj zabiegu

Znieczulenie ogólne ☐, znieczulenie przewodowe ☐

## Ocena bólu

## Efekty uboczne terapii przeciwbólowej

<b>Data</b>																				
<b>Dzień terapii</b>																				
Skala numeryczna: 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10						Godz.	Ocena	Podpis	Godz.	Ocena	Podpis	Godz.	Ocena	Podpis	Godz.	Ocena	Podpis	Godz.	Ocena	Podpis
Skala Opisowa: 0 - I - II - III						6			6			6			6			6		
Skala Arbitralna: A0 - A1 - A2 - A3						12			12			12			12			12		
Należy wpisać ocenę w spoczynku i w ruchu						18			18			18			18			18		
Zabieg operacyjny zaznacz <input type="checkbox"/>						0			0			0			0			0		

Nadmierna sedacja	<input type="checkbox"/>
Nudności	<input type="checkbox"/>
Wymioty	<input type="checkbox"/>
Świąd	<input type="checkbox"/>
Inne .....	<input type="checkbox"/>
Inne .....	<input type="checkbox"/>

# Choroby współistniejące - czynniki ryzyka

Doba po operacji / data		1 /		2 /		3 /	
Nazwa leku, dawka, droga podania	Podpis zlecającego	Godz.:					
		Podpis:					
Nazwa leku, dawka, droga podania	Podpis zlecającego	Godz.:					
		Podpis:					
Nazwa leku, dawka, droga podania	Podpis zlecającego	Godz.:					
		Podpis:					
Nazwa leku, dawka, droga podania	Podpis zlecającego	Godz.:					
		Podpis:					
Nazwa leku, dawka, droga podania	Podpis zlecającego	Godz.:					
		Podpis:					

L. lekarz zlecający wpisuje zalecaną godzinę podania. Osoba wykonująca zlecenie podpisem poświadcza podanie leków.

Choroba niedokrwiennc serca. Zawał. Nadciśnienie	<input type="checkbox"/>
Udar mózgu	<input type="checkbox"/>
Powikłania krwotoczne	<input type="checkbox"/>
Cukrzyca	<input type="checkbox"/>
Miażdżyca uogólniona	<input type="checkbox"/>
POCHP. Astma	<input type="checkbox"/>
Choroba wrzodowa / zapalenie żołądka	<input type="checkbox"/>
Choroby nerek	<input type="checkbox"/>
Choroby wątroby	<input type="checkbox"/>
Podszły wiek	<input type="checkbox"/>
Ciąża. laktacja	<input type="checkbox"/>

### Analgexja przewodowa

Zlecenie	Podpis zlecającego	1 doba	2 doba	3 doba
	Godz:			
	Podpis:			
	Godz:			
	Podpis:			

## Ocena bólu

[illegible]

## Ocena bólu

[illegible]

## Ocena bólu

[illegible]

.....  
Podpis lekarza prowadzącego