

KARTA LECZENIA BÓLU

Załącznik nr 17 do Historii Choroby

Nazwisko, imię .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data, godz. zabiegu ..... / .....

Rozpoznanie .....

Rodzaj operacji .....

Rodzaj znieczulenia: OGÓLNE ☐ ZO ☐ PP ☐ BNO ☐

Analgezia z wyprzedzeniem: NIE ☐ TAK ☐

lek/dawka ..... godz. ....

CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE / CZYNNIKI RYZYKA	
<input type="checkbox"/> ALERGIA:	
<input type="checkbox"/> PRZEBYTY: zawał [data]:	udar mózgu [data]:
<input type="checkbox"/> WADA SERCA: aortalna [ ]	mitralna [ ] inne:
<input type="checkbox"/> POChP/ASTMA	
<input type="checkbox"/> Choroby nerek:	GFR:
<input type="checkbox"/> Choroby wątroby:	
<input type="checkbox"/> Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy	czynna [ ]
<input type="checkbox"/> Ciąża, laktacja	
<input type="checkbox"/> Inne:	

DOBA	DATA .....	Godz. .... : ....	..... : .....	..... : .....	..... : .....	..... : .....	..... : .....	..... : .....	Pieczętka i podpis lekarza odstawiającego
VAS OCENA BÓLU		Pieczętka i podpis lekarza zlecającego							
ZLECENIE nazwa leku, dawka, sposób podawania		dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki	dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki	dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki	dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki	dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki	dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki	dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki	
I.V. I.M. ZOC ZOF AP P.O.									
I.V. I.M. ZOC ZOF AP P.O.									
I.V. I.M. ZOC ZOF AP P.O.									
Objawy niepożądane: nadmierna sedacja <input type="checkbox"/> nudności <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> świąd <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> .....									

właściwe zakreślić X  
I.V. - DOŻYLNIE I.M. - DOMIĘŚNIOWO ZOC - CEWNIK ZEWNĄTRZOPONOWY CIĄGŁE ZOF - CEWNIK ZEWNĄTRZOPONOWY FRAKCJONOWANE AP - ANALGEZJA PRZEWODOWA P.O - DOUSTNIE  
UWAGA! Jeżeli występują niepożądane objawy zastosowanych leków przeciwbólowych - wypełnij formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego

# KARTA LECZENIA BÓŁU c.d.

Nazwisko i imię .....

<b>DOBA I</b>		<b>DATA</b> .....		<b>Godz.</b> .....		..... : .....		..... : .....		..... : .....		..... : .....		..... : .....		..... : .....		Pieczątką i podpis lekarza zlecającego	Pieczątką i podpis lekarza odstawiającego
<b>VAS OCENA BÓŁU</b>																			
<b>ZLECENIE</b> nazwa leku, dawka, sposób podawania				dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki		dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki		dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki		dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki		dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki		dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki					
I.V.	I.M.	ZOC	ZOF	AP	P.O.														
I.V.	I.M.	ZOC	ZOF	AP	P.O.														
I.V.	I.M.	ZOC	ZOF	AP	P.O.														

**Objawy niepożądane:** nadmierna sedacja ☐ nudności ☐ wymioty ☐ świąd ☐ inne ☐ .....

<b>DOBA II</b>		<b>DATA</b> .....		<b>Godz.</b> .....		..... : .....		..... : .....		..... : .....		..... : .....		..... : .....		..... : .....		Pieczątką i podpis lekarza zlecającego	Pieczątką i podpis lekarza odstawiającego
<b>VAS OCENA BÓŁU</b>																			
<b>ZLECENIE</b> nazwa leku, dawka, sposób podawania				dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki		dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki		dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki		dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki		dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki		dawka, droga podania, pieczętka i podpis pielęgniarki					
I.V.	I.M.	ZOC	ZOF	AP	P.O.														
I.V.	I.M.	ZOC	ZOF	AP	P.O.														
I.V.	I.M.	ZOC	ZOF	AP	P.O.														

**Objawy niepożądane:** nadmierna sedacja ☐ nudności ☐ wymioty ☐ świąd ☐ inne ☐ .....