

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 6 lutego 2023 r. (Dz. U. poz. 271)

WZÓR

**Karta oceny natężenia bólu**

Oznaczenie podmiotu wykonującego  
działalność leczniczą

Nazwisko i imię pacjenta

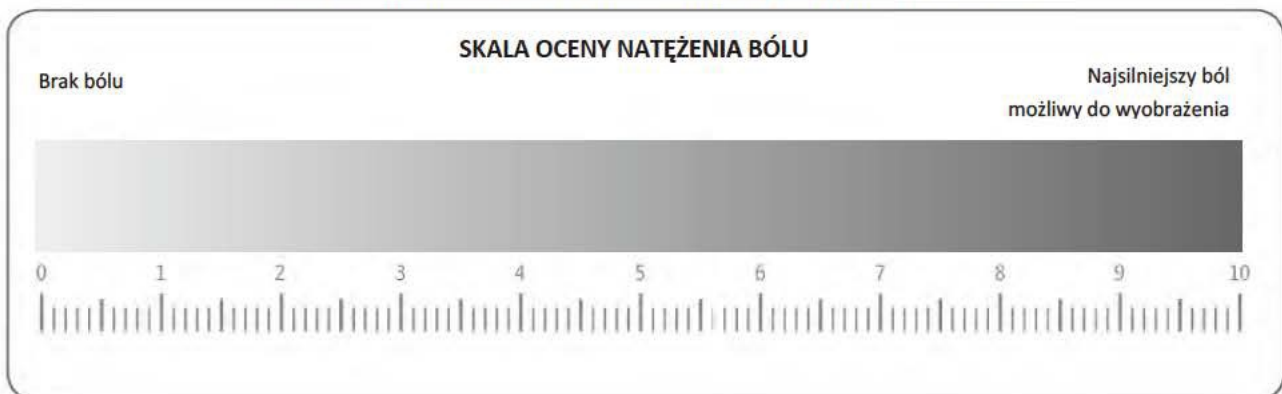
Numer PESEL

**CZĘŚĆ A**

**1. WIZYTA PIERWSZA – OCENA BÓLU**

Data .....

Proszę ocenić natężenie bólu w skali numerycznej (NRS) od 0 do 10



1. Aktualne natężenie bólu w skali numerycznej od 0 do 10:
2. Natężenie bólu średnie w ciągu ostatniego tygodnia w skali numerycznej od 0 do 10:
3. W przypadku braku możliwości zastosowania skali numerycznej proszę ocenić natężenie bólu w odpowiedniej skali, w przypadku dziecka również skali odpowiedniej do wieku i stanu intelektualnego pacjenta:

1) skala obrazkowa (FPS)



2) skala słowna (VRS)



**3) skala wzrokowo-analogowa (VAS)**

Nazwa skali oraz nateżenie bólu

**4. Proszę ocenić wpływ bólu na podstawowe elementy jakości życia:**

- |   |                              |                                       |                                   |
|---|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Czy ból wpływa na nastrój?                  | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| Czy ból wpływa na sen?                      | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| Czy ból wpływa na codzienne funkcjonowanie? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| Czy ból wpływa na pracę zawodową?           | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |

**CZĘŚĆ B (NIEOBOWIĄZKOWA)****1. Proszę określić lokalizację bólu, który wymaga leczenia**

(w przypadku wielu miejsc występowania bólu można zastosować numerację tych miejsc)

**2. Proszę opisać charakter bólu:**

- |                                |                                      |   |  |
|--------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> tępy  | <input type="checkbox"/> ostry       | <input type="checkbox"/> piekący/palący | <input type="checkbox"/> kłujący, jak rażenie prądem |
| <input type="checkbox"/> stały | <input type="checkbox"/> nawracający | <input type="checkbox"/> napadowy       |  |

**3. Czy stosuje Pan(i) leki przeciwbólowe?**

- tak – jakie, w jakich dawkach?       nie

**4. Czy stosowane leki przeciwbólowe zmniejszają ból?**

- tak                       nie

**Opinia lekarza:**

1. Rozpoznanie zespołu bólowego

2. Zalecenia terapeutyczne – nazwa leku przeciwbólowego, dawka, częstość stosowania, inne metody leczenia

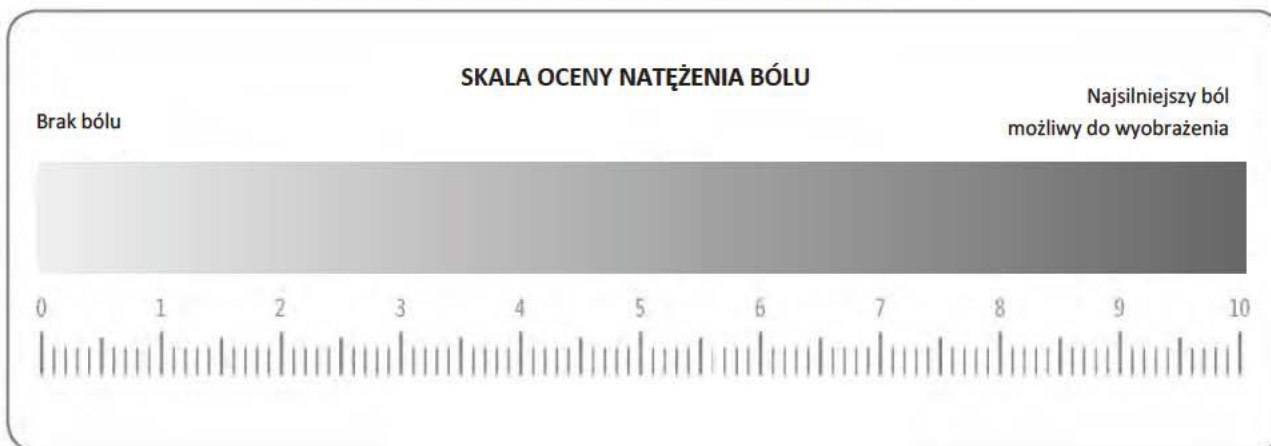
**Oznaczenie lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego:**

- 1) imię i nazwisko;
- 2) uzyskane specjalizacje;
- 3) numer prawa wykonywania zawodu;
- 4) podpis.

## 2. WIZYTA KOLEJNA – KONTROLA BÓLU

Data .....

Proszę ocenić natężenie bólu w skali numerycznej (NRS) od 0 do 10



1. Aktualne natężenie bólu w skali numerycznej od 0 do 10:

2. Natężenie bólu średnie w ciągu ostatniego tygodnia w skali numerycznej od 0 do 10:

3. W przypadku braku możliwości zastosowania skali numerycznej proszę ocenić natężenie bólu w odpowiedniej skali, w przypadku dziecka również skali odpowiedniej do wieku i stanu intelektualnego pacjenta:

### 1) skala obrazkowa (FPS)



### 2) skala słowna (VRS)



### 3) skala wzrokowo-analogowa (VAS)



Nazwa skali oraz natężenie bólu

**4. Proszę ocenić natężenie bólu w spoczynku i w ruchu:**

Nazwa skali oraz natężenie bólu

**5. Proszę ocenić ulgę w bólu, jaką Pan(i) odczuł(a) po zastosowaniu leczenia przeciwbólowego:**

- całkowita ulga w bólu
- umiarkowana ulga w bólu
- mała ulga w bólu
- brak ulgi w bólu

**6. Proszę ocenić satysfakcję w zakresie z zastosowanego leczenia:**

- duża satysfakcja z zastosowanego leczenia
- umiarkowana satysfakcja z zastosowanego leczenia
- mała satysfakcja z zastosowanego leczenia
- brak satysfakcji z zastosowanego leczenia

**7. Czy ból jest dobrze kontrolowany między dawkami leku przeciwbólowego?**

- tak
- nie

**Oznaczenie lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego:**

- 1) imię i nazwisko;
- 2) uzyskane specjalizacje;
- 3) numer prawa wykonywania zawodu;
- 4) podpis.