



Imię i nazwisko: _____ Data wypełnienia: _____

Nazwa zabiegu: _____

Data zabiegu: _____ Okolica / strona: _____

1. Przed zabiegiem

Ból zwykle: ____ /10

Ból najsilniejszy: ____ /10

Sen: ____ /10

Najważniejsze ograniczenie (np. chodzenie, siedzenie, praca): _____

2. Pierwsze dni po zabiegu

Kiedy pojawiła się pierwsza odczuwalna zmiana?

☐ w dniu zabiegu☐ po 1-3 dniach☐ później☐ bez zmiany

Czy po zabiegu wystąpiło przejściowe nasilenie bólu?

☐ nie☐ tak: ____ dni☐ trudno ocenić

3. Przebieg w kolejnych tygodniach

Oceń każdy tydzień. NRS 0-10; sen i czynności: 0 = bez wpływu, 10 = największe ograniczenie.

Tydzień	Ból NRS zwykle	Ból NRS max.	Sen 0-10	Czynności 0-10	Leki przeciwbólowe mniej / bez zm. / więcej	Uwagi / nowe objawy
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Wypełniaj od 1. do 6. tygodnia. Jeśli kontrola przypada wcześniej, uzupełnij tylko zakończone tygodnie.

Ważne

Silne lub narastające objawy neurologiczne, zaburzenia oddawania moczu albo gorączka z pogorszeniem stanu ogólnego wymagają pilnej oceny medycznej, a nie oczekiwania na wizytę kontrolną.



Data: _____ Liczba tygodni od zabiegu: _____

4. Ocena efektu zabiegu

Ból obecnie (NRS 0-10): _____ Ból najsilniejszy w ostatnim tygodniu: _____

W porównaniu ze stanem przed zabiegiem odczuwam:

- ☐ znaczną poprawę ☐ częściową poprawę ☐ bez zmian
☐ pogorszenie

Jeśli wystąpiła poprawa, szacuję ją na około _____ %.

5. Codzienne funkcjonowanie

Co udało się zrobić łatwiej niż przed zabiegiem?

Jak zmieniły się sen, chodzenie, praca i rehabilitacja?

6. Leki, rehabilitacja i niepożądane objawy

Zmiany w przyjmowaniu leków przeciwbólowych (nazwa, dawka, częstość):

Rehabilitacja / ćwiczenia po zabiegu:

Czy wystąpiły nowe objawy lub działania niepożądane?

- ☐ nie ☐ tak – opisz poniżej

7. Dalsze pytania do lekarza

Dotyczy obserwacji po leczeniu interwencyjnym. Blokady diagnostyczne wymagają odrębnej, godzinowej oceny efektu.