



Imię i nazwisko: _____ Data: _____

Wypełnij pola dotyczące Twoich dolegliwości. Nie musisz znać rozpoznania.

1. Główne dolegliwości

Gdzie boli najbardziej? _____

Od kiedy występuje ból? _____

Przebieg bólu: ☐ stały ☐ napadowy ☐ nawracający

Nasilenie bólu (NRS: 0 = brak bólu, 10 = najsilniejszy wyobrażalny):

Teraz:	Zwykle:	Najsilniejszy w ostatnich 7 dniach:
_____	_____	_____

2. Charakter bólu

- | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
| ☐ piekący | ☐ kłujący | ☐ tępy | ☐ pulsujący |
| ☐ przeszywający | ☐ uciskający | ☐ elektryzujący | ☐ inny |
| ☐ drętwienie / mrowienie | ☐ ból promieniujący | | |

Co nasila ból? _____

Co łagodzi ból? _____

3. Wpływ bólu na codzienne życie

Oceń ograniczenie w skali 0-10: 0 = nie ogranicza, 10 = całkowicie uniemożliwia.

Sen ____/10 Chodzenie / ruch ____/10 Praca / nauka ____/10

Codzienne czynności ____/10 Samopoczucie ____/10

4. Dotychczasowe leczenie i oczekiwania

Stosowane leki, zabiegi, rehabilitacja i ich efekty:

_____Co przede wszystkim chciał(a)byś poprawić dzięki leczeniu?

Zabierz istotne wyniki badań oraz listę przyjmowanych leków. Zaznacz miejsca bólu na stronie 2.



Możesz zaznaczyć kilka miejsc, narysować promieniowanie strzałką i dopisać oznaczenia.

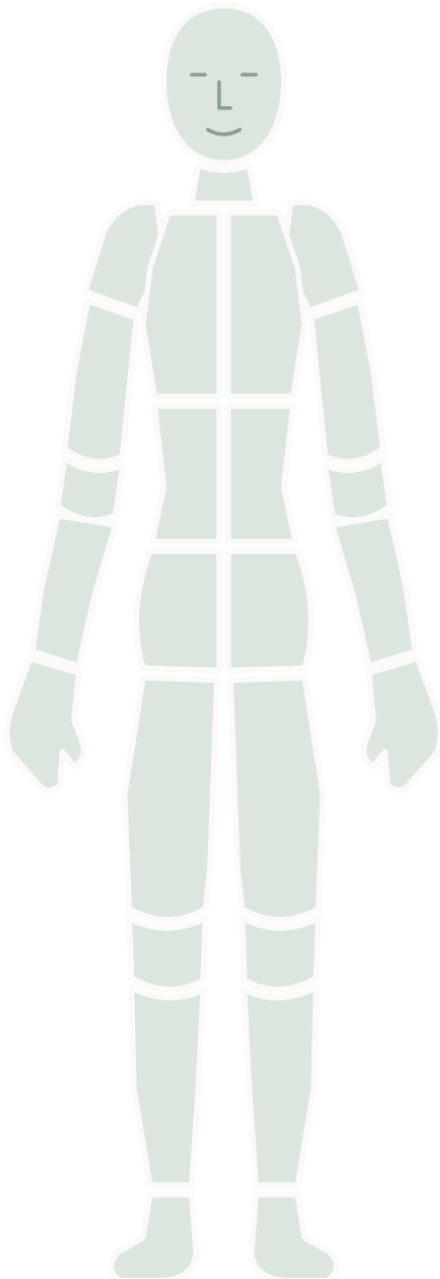
Oznaczenia stron „lewa” i „prawa” odnoszą się do Twojego ciała.

Imię i nazwisko: _____

Z PRZODU

PRAWA

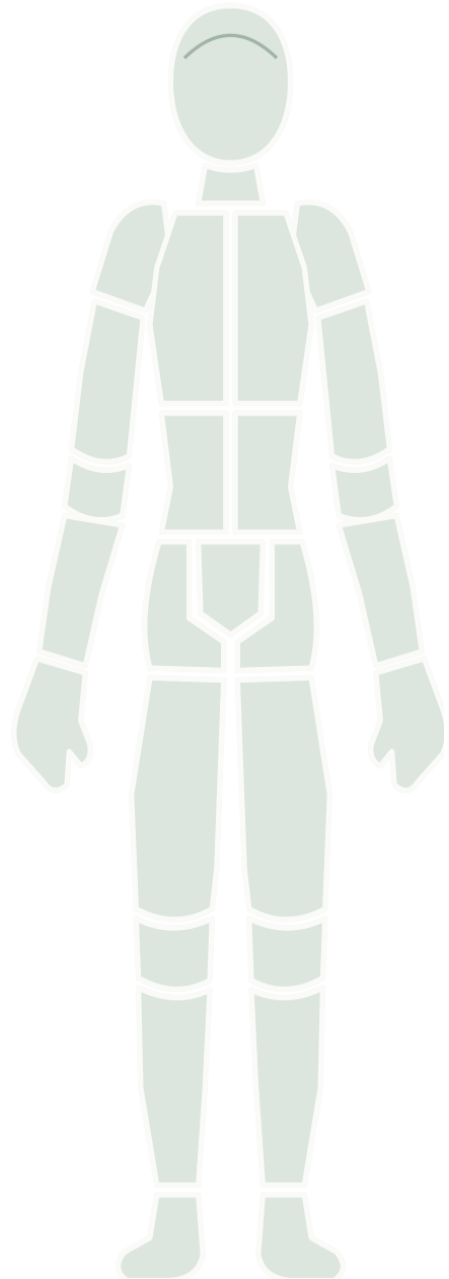
LEWA



Z TYŁU

LEWA

PRAWA



Uwagi dotyczące lokalizacji lub promieniowania bólu:

Zaznacz ból w miejscach, w których rzeczywiście występuje. Karta nie służy do samodzielnego rozpoznania.