

Imię i nazwisko: _____

Początek obserwacji: _____

Wypełniaj 1 wiersz dziennie, także w dni o mniejszym nasileniu bólu. Nie zmieniaj samodzielnie dawkowania.

Leki zalecone do monitorowania

Nazwa leku	Dawka i częstość przyjmowania	Data rozpoczęcia	Cel leczenia / uwagi

Stan przed rozpoczęciem obserwacji

Ból zwykle: ____ /10

Ból najsilniejszy: ____ /10

Ograniczenie aktywności: ____ /10

Wpływ bólu na sen: ____ /10

Najważniejszy cel leczenia: _____

Jak wypełniać tabelę

- NRS 0–10: wpisz ból typowy dla dnia oraz najwyższe nasilenie (0 = brak bólu, 10 = najsilniejszy wyobrażalny).
- Sen i aktywność 0–3: 0 = bez ograniczeń; 1 = niewielkie; 2 = znaczne; 3 = bardzo duże / niemożliwe.
- Leki: zanotuj przyjęte nazwy i dawki; jeśli niczego nie przyjęto, wpisz kreskę (—).
- Ulga po lekach 0–3: 0 = brak; 1 = niewielka; 2 = wyraźna; 3 = bardzo duża.
- Objawy niepożądane: zapisz krótko, np. zawroty głowy, senność, zaparcie; zgłoś je lekarzowi.

Ważne

Formularz pomaga w ocenie terapii, ale nie zastępuje kontroli lekarskiej. W razie alarmujących objawów uzyskaj pomoc wcześniej.

Miesiąc / rok: _____ Dni 1-16

Imię i nazwisko: _____

NRS: 0-10 | Sen / aktywność / ulga: 0-3 | Brak leku: —

Krótszy miesiąc: pomiń brakujące daty.

Dzień	Data	NRS zwykle	NRS max.	Sen 0-3	Aktywność 0-3	Przyjęte leki / dawki	Ulga 0-3	Objawy niepoż. / uwagi
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

Uwagi (zmiana leków, nietypowe objawy, dni pominięte):

Miesiąc / rok: _____ Dni 17-31

Imię i nazwisko: _____

NRS: 0-10 | Sen / aktywność / ulga: 0-3 | Brak leku: —

Krótszy miesiąc: pomiń brakujące daty.

Dzień	Data	NRS zwykle	NRS max.	Sen 0-3	Aktywność 0-3	Przyjęte leki / dawki	Ulgą 0-3	Objawy niepoż. / uwagi
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Uwagi (zmiana leków, nietypowe objawy, dni pominięte):

Miesiąc / rok: _____ Dni 1-16

Imię i nazwisko: _____

NRS: 0-10 | Sen / aktywność / ulga: 0-3 | Brak leku: —

Krótszy miesiąc: pomiń brakujące daty.

Dzień	Data	NRS zwykle	NRS max.	Sen 0-3	Aktywność 0-3	Przyjęte leki / dawki	Ulgą 0-3	Objawy niepoż. / uwagi
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

Uwagi (zmiana leków, nietypowe objawy, dni pominięte):

Miesiąc / rok: _____ Dni 17-31

Imię i nazwisko: _____

NRS: 0-10 | Sen / aktywność / ulga: 0-3 | Brak leku: —

Krótszy miesiąc: pomiń brakujące daty.

Dzień	Data	NRS zwykle	NRS max.	Sen 0-3	Aktywność 0-3	Przyjęte leki / dawki	Ulga 0-3	Objawy niepoż. / uwagi
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Uwagi (zmiana leków, nietypowe objawy, dni pominięte):

Miesiąc / rok: _____ Dni 1-16

Imię i nazwisko: _____

NRS: 0-10 | Sen / aktywność / ulga: 0-3 | Brak leku: —

Krótszy miesiąc: pomiń brakujące daty.

Dzień	Data	NRS zwykle	NRS max.	Sen 0-3	Aktywność 0-3	Przyjęte leki / dawki	Ulgą 0-3	Objawy niepoż. / uwagi
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

Uwagi (zmiana leków, nietypowe objawy, dni pominięte):

Miesiąc / rok: _____ Dni 17-31

Imię i nazwisko: _____

NRS: 0-10 | Sen / aktywność / ulga: 0-3 | Brak leku: —

Krótszy miesiąc: pomiń brakujące daty.

Dzień	Data	NRS zwykle	NRS max.	Sen 0-3	Aktywność 0-3	Przyjęte leki / dawki	Ulgą 0-3	Objawy niepoż. / uwagi
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Uwagi (zmiana leków, nietypowe objawy, dni pominięte):
