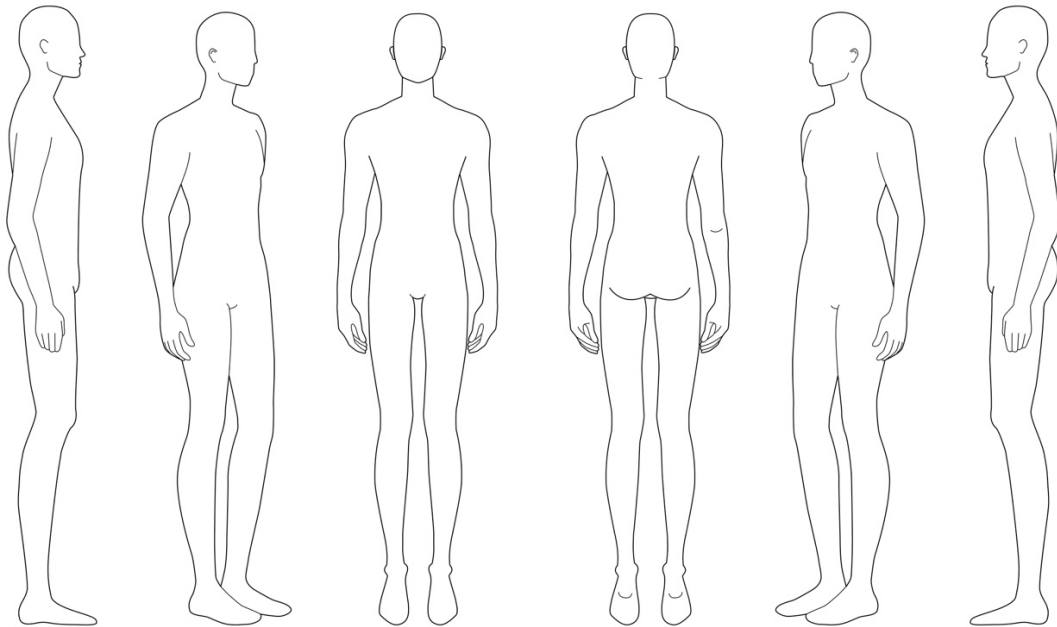


KARTA WYWIADU: LECZENIE BÓLU

1. Opis dolegliwości, lokalizacja bólu, promieniowanie:

.....
.....
.....

2. Wizualizacja dolegliwości:



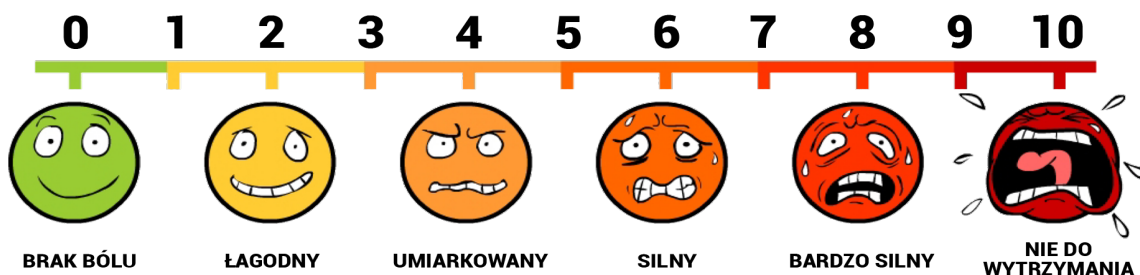
3. Od jak dawna jest ból:

4. Rodzaj bólu: stały nawracający napadowy

5. Charakter bólu:

ostry tępy kłujący rwący palący, piekący pulsujący ściskający

6. Skala bólu:



- Nasilenie bólu aktualne:
- Nasilenie bólu średnie z ostatniego tygodnia:

7. Co wyzwała ból lub powoduje jego nasilenie/pogorszenie?

.....

8. Co powoduje zmniejszenie lub poprawę dolegliwości?

.....

9. Czy ból zaburza sen? nie umiarkowanie znacznie10. Czy ból zaburza nastrój? nie umiarkowanie znacznie11. Czy ból zaburza codzienną aktywność? nie umiarkowanie znacznie12. Czy ból wpływa na pracę zawodową: nie umiarkowanie znacznie

13. Jakie inne objawy towarzyszą bólowi?

.....

.....

14. Dotychczasowe leczenie (chirurgiczne, farmakologiczne, fizjoterapia, inne), czy było skuteczne?

.....

.....

15. Urazy lub wypadki w przeszłości:

.....

16. Wykonywane badania diagnostyczne: RTG MR TK USG EMG

inne:.....

17. Choroby przewlekłe:

- nadciśnienie tętnicze
- cukrzyca

- zaburzenia lipidowe
 otyłość - masa ciała..... wzrost.....
 choroby serca - choroba niedokrwienna, stan po zawale, niewydolność serca, migotanie przedsionków, inne.....
 choroby płuc - POCHP, astma oskrzelowa, inne.....
 choroby nerek - niewydolność nerek, inne.....
 choroby wątroby - niewydolność wątroby, inne.....
 choroby neurologiczne - stan po udarze, choroba Parkinsona, SM, padaczka, inne.....
 choroby reumatologiczne - RZS, ZZSK, dna moczanowa, osteoporoza, inne.....
 choroby psychiatryczne - depresja, zaburzenia lękowe, bezsenność, inne.....
 choroby endokrynologiczne - choroby tarczycy, inne.....
 choroby urologiczne - przerost prostaty, nietrzymanie moczu, inne.....
 choroby zakaźne - HCV, HBV, HIV, inne.....
 choroba nowotworowa -
 obecnie, w przeszłości, kiedy?.....
 nie choruję przewlekle

18. Zażywane leki/ suplementy na stałe:

.....

nie zażywam leków na stałe

19. Uczulenia:

nie mam uczuleń na leki

20. Rodzaj wykonywanej pracy: siedząca, stojąca, fizyczna,

inna:

21. Aktywność fizyczna:

.....
 Jak często?

22. Dla kobiet: ciąża karmienie piersią

.....
 data, podpis