

A

Ime i prezime:

Navike:

Lijekovi:

Datum: _____

Potpis liječnika

BOL**1. Mjesto i širenje boli /anamneza/****2. Osjećaj boli /gdje i kakva bol/***** DUBINSKA**

- razvlačeća
- žareća
- kucajuća
- udarajuća
- bockajuća

*** POVRŠINSKA***** DRUGAČIJA**

- rezajuća
- trgajuća
- munjevita
- mrska
- drugačija

3. Kako često nastupa bol?

- jedanput dnevno
- više puta dnevno
- više puta tjedno
- više puta mjesečno
- više puta godišnje
- trajno

4. Koliko dugo traje bol?

- nekoliko sekundi
- nekoliko minuta
- nekoliko sati
- nekoliko dana
- tjednima
- trajno prisutna

5. Da li se bol pojačava?

- ne
- u zadnje vrijeme
- pojačava se stalno

6. Kada je bol najjača u 24 sata?

7. Da li je bol ovisna o:

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| - vremenu | - uzimanju lijekova |
| - uzbuđenju | - alkoholu |
| - tjelesnom opterećenju | - nikotinu |

8. Smetnje spavanja:

9. Liječenje boli do sada i uspjeh liječenja:

10. Jačina boli - numerička ocjenska ljestvica /NRS/

0	1	3	4	5	6	7	8	9	10
bez boli									jaka nepodnošljiva

11. Psihičko stanje bolesnika

nemam straha	imam jaki strah	osjećam se jak
	osjećam se izrazito nemoćan i bez nade	

12. Klinička dijagnoza i terapija:

PRISTANAK NA LIJEČENJE

Bolesnik je upoznat s postupcima liječenja boli i mogućim rizicima u tijeku liječenja. Nakon dozvole liječnika možete biti otpušteni kući uz obvezatnu pratnju bez aktivnog sudjelovanja u prometu.

Razumjela/razumio sam postupke i rizike liječenja boli i pristajem na liječenje.

Datum:

Potpis bolesnika ili skrbnika:

Potpis liječnika:
