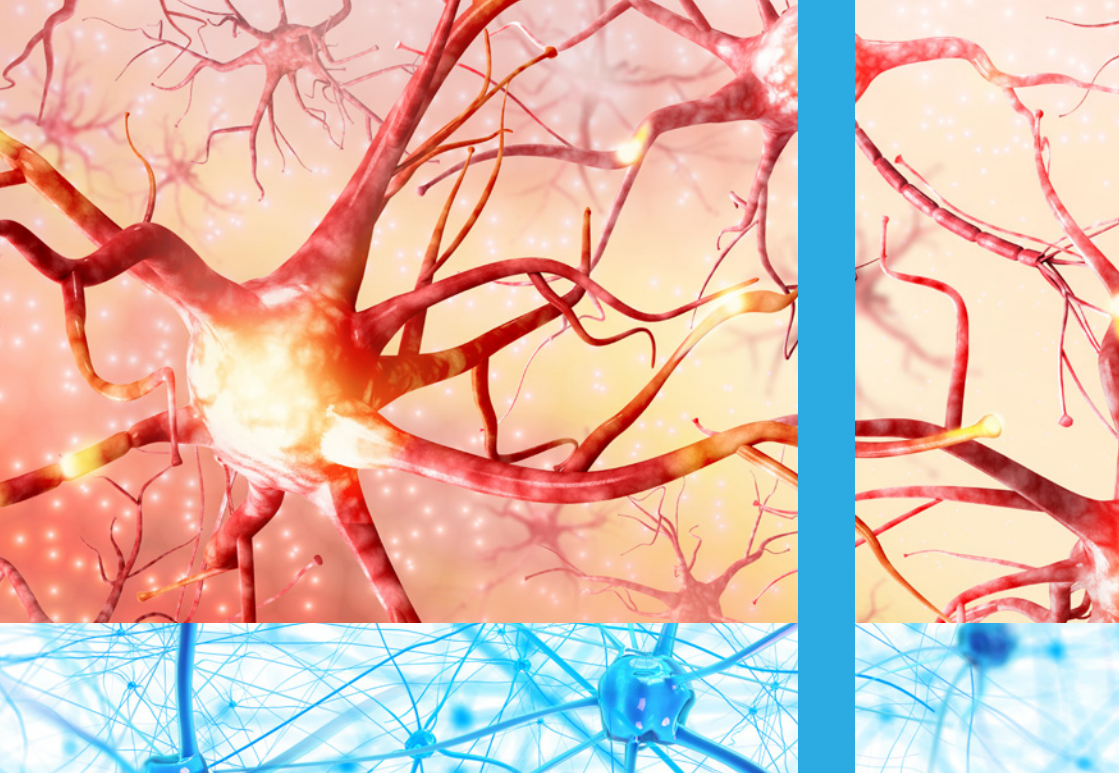


DZIENNICZEK PACJENTA

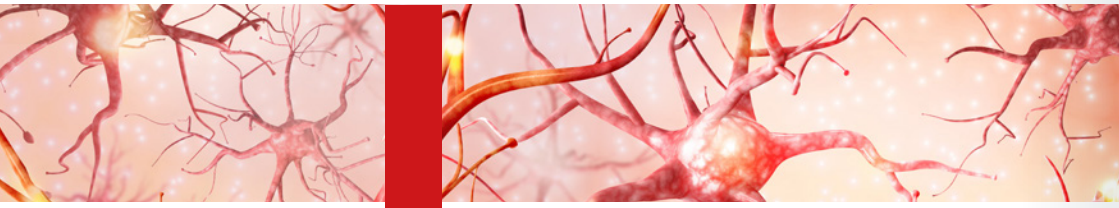
BÓL NEUROPATYCZNY

miejsce na pieczątkę poradni/lekarza

Rekomendowany przez

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych

Polskie Towarzystwo Badania Bólu
Polish Association for the Study of Pain



Dzienniczek powstał pod redakcją:

Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

Drogi Pacjencie,

Prawidłowe leczenie bólu w bardzo dużym stopniu zależy od uważnej obserwacji i regularnej oceny skuteczności jego leczenia. Tylko Ty wiesz, jak opisać swój ból. Najważniejsze, aby użyć przy tym takich słów, które w pełni oddadzą to, co czujesz.

Pomocne w opisaniu bólu mogą być odpowiedzi na poniższe pytania:

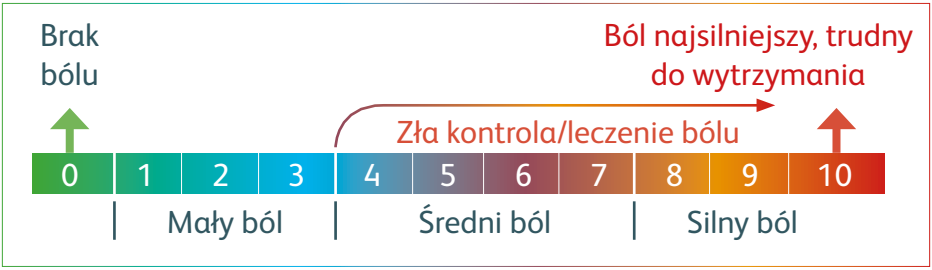
- **Gdzie odczuwasz ból?** Ważne jest dokładne wskazanie miejsca bólu, np. dolna część pleców, po lewej stronie
- **Jak odczuwasz swój ból?** Pomocne mogą być słowa:

  palenie – jak przykładanie gorącego żelazka
  pieczenie – jak po dotknięciu pokrzywy
  rwanie – jak w przypadku bólu zęba
  strzelanie – jak przy wyładowaniach prądu
  kłucie – jak wbijanie igieł, ukłucie nożem
  mrowienie – jak przy chodzeniu mrówek po ciele
  szarpanie – jak po przecięciu skóry
- **Jak silny jest to ból?** Prosimy o użycie skali numerycznej 0–10 opisanej poniżej, aby określić siłę swojego bólu.
- **Jak długo trwał ból?** Dla przykładu: minuty, godziny, dni?
- **Co przyniosło ulgę w bólu?** Na przykład: zimne kompresy, ogrzanie bolącego miejsca, lekarstwa etc.
- **Co pogorszyło, zwiększyło ból?** Na przykład: ruch, zmiana pozycji, ból nasilał się wieczorem etc.
- **Jakie lekarstwa przyjmujesz, jak szybko pomogły uśmierzyć ból?** O której godzinie zostały przyjęte, o ile zmniejszyły ból?

Narzędzia/skale do oceny bólu

Skale oceny bólu pomagają określić stopień odczuwalnego bólu. Należy ocenić swój ból w przedziale od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 to ból największy, trudny do zniesienia.

Poniżej numeryczna skala oceny bólu, którą prosto można określić, jak silny jest ból.

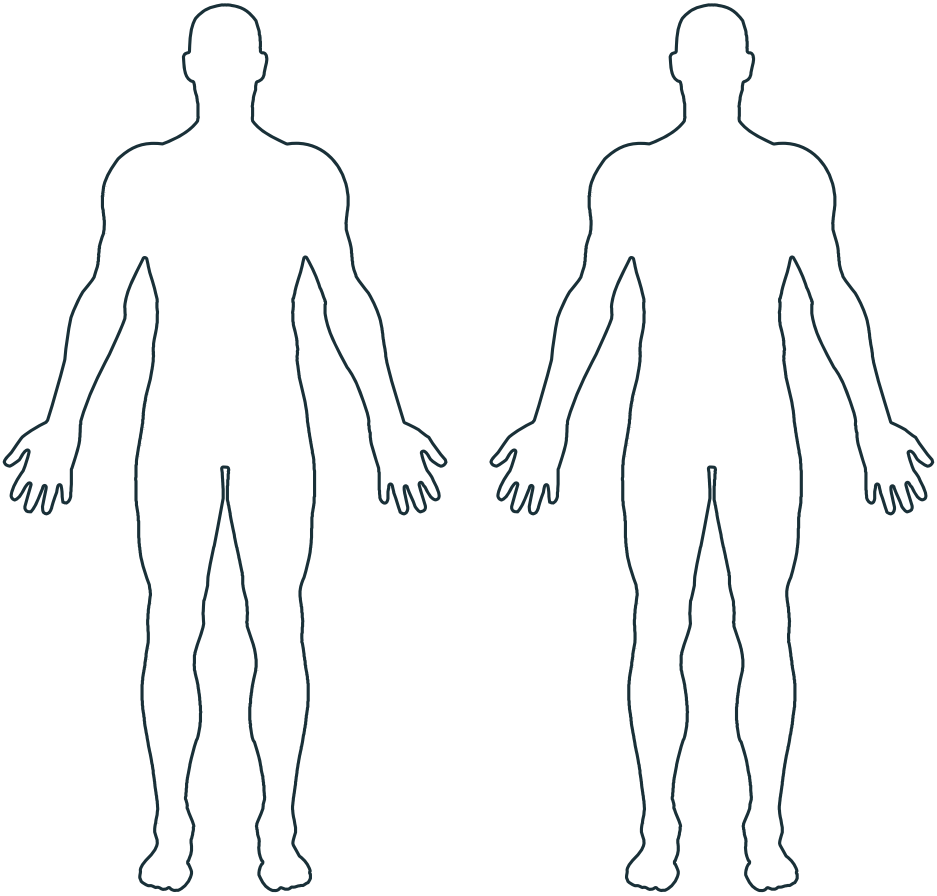


Zapamiętanie poziomu bólu każdego dnia może być trudne. Niniejszy dzienniczek umożliwi Ci spisywanie poziomu swoich dolegliwości bólowych, zmieniających się w przeciągu dnia. Informacje te proszę przekazać swojemu lekarzowi. Zapewni to lepszą kontrolę leczenia i uzyskanie złagodzenia bólu oraz polepszenie jakości życia.

W ostatniej kolumnie jest miejsce na notatki. Prosimy o zapisywanie wszelkich dodatkowych informacji, np. czy wystąpiły działania niepożądane po zażyciu leków i jakie było Twoje samopoczucie po zażyciu leku (np. polepszenie snu, apetytu etc.).

Opisz swój ból

1. Na schemacie poniżej zaznacz lokalizację swojego bólu.



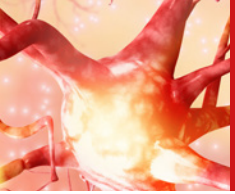
Przód

Tył

2. Zalecone leczenie (wypełnia lekarz)

Data wizyty	Przepisane leki	Sposób dawkowania (np. 2 razy dziennie)	Uwagi (np. czas trwania leczenia, sposób podania etc.)

Data wizyty	Przepisane leki	Sposób dawkowania (np. 2 razy dziennie)	Uwagi (np. czas trwania leczenia, sposób podania etc.)



SKALA NRS

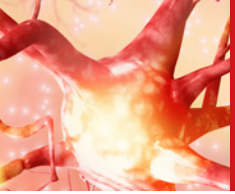
Brak bólu — Ból najsilniejszy, trudny do wytrzymania

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Mały ból			Średni ból				Silny ból		

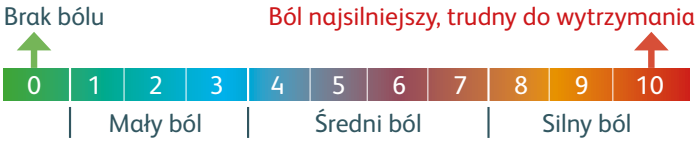
3. Ból stały/podstawowy

Data	Średnia intensywność bólu w danym dniu (w skali NRS 0–10)	Charakter bólu (np. kłujący, piekący, strzelający etc.)	Czy były napady bólu (jeśli tak, uzupełnij tabelę w pkt. 4)

Dodatkowe leki (przeciwbólowe)	Uwagi (jakość snu, apetyt, nastrój)

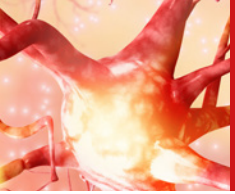


SKALA NRS

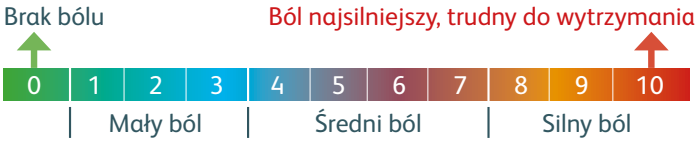


Data	Średnia intensywność bólu w danym dniu (w skali NRS 0–10)	Charakter bólu (np. kłujący, piekący, strzelający etc.)	Czy były napady bólu (jeśli tak, uzupełnij tabelę w pkt. 4)

Dodatkowe leki (przeciwbólowe)	Uwagi (jakość snu, apetyt, nastrój)

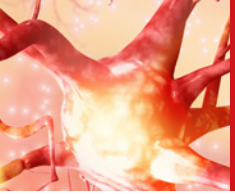


SKALA NRS

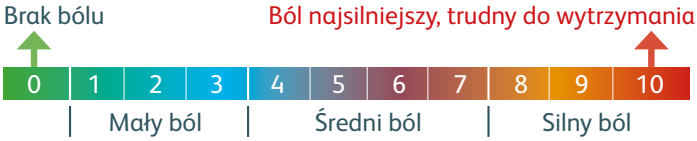


Data	Średnia intensywność bólu w danym dniu (w skali NRS 0–10)	Charakter bólu (np. kłujący, piekący, strzelający etc.)	Czy były napady bólu (jeśli tak, uzupełnij tabelę w pkt. 4)

Dodatkowe leki (przeciwbólowe)	Uwagi (jakość snu, apetyt, nastrój)

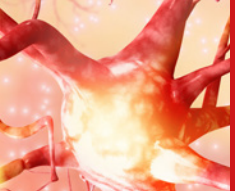


SKALA NRS

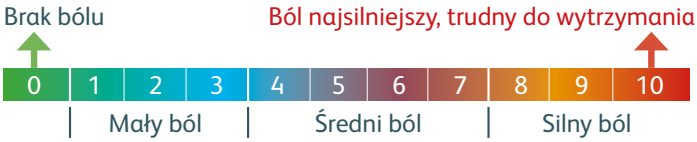


Data	Średnia intensywność bólu w danym dniu (w skali NRS 0–10)	Charakter bólu (np. kłujący, piekący, strzelający etc.)	Czy były napady bólu (jeśli tak, uzupełnij tabelę w pkt. 4)

Dodatkowe leki (przeciwbólowe)	Uwagi (jakość snu, apetyt, nastrój)

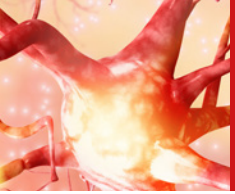


SKALA NRS

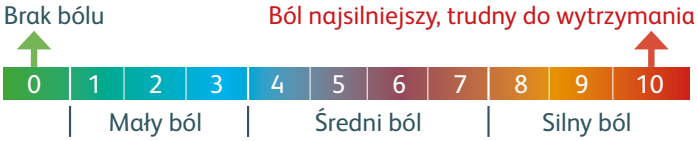


Data	Średnia intensywność bólu w danym dniu (w skali NRS 0–10)	Charakter bólu (np. kłujący, piekący, strzelający etc.)	Czy były napady bólu (jeśli tak, uzupełnij tabelę w pkt. 4)

Dodatkowe leki (przeciwbólowe)	Uwagi (jakość snu, apetyt, nastrój)

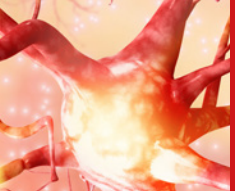


SKALA NRS

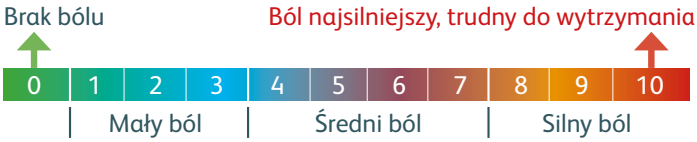


Data	Średnia intensywność bólu w danym dniu (w skali NRS 0–10)	Charakter bólu (np. kłujący, piekący, strzelający etc.)	Czy były napady bólu (jeśli tak, uzupełnij tabelę w pkt. 4)

Dodatkowe leki (przeciwbólowe)	Uwagi (jakość snu, apetyt, nastrój)

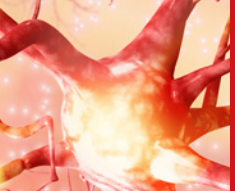


SKALA NRS

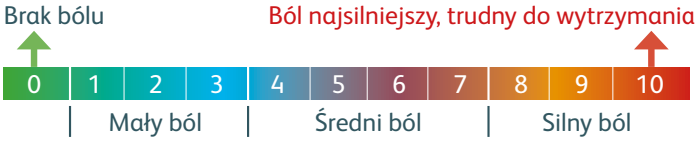


Data	Średnia intensywność bólu w danym dniu (w skali NRS 0–10)	Charakter bólu (np. kłujący, piekący, strzelający etc.)	Czy były napady bólu (jeśli tak, uzupełnij tabelę w pkt. 4)

Dodatkowe leki (przeciwbólowe)	Uwagi (jakość snu, apetyt, nastrój)

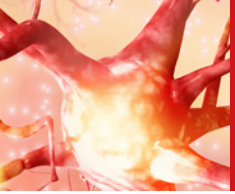


SKALA NRS

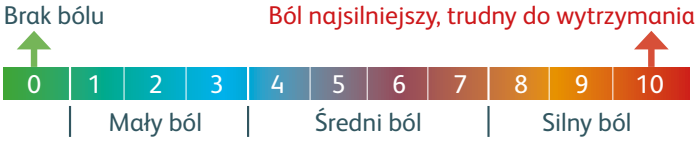


Data	Średnia intensywność bólu w danym dniu (w skali NRS 0–10)	Charakter bólu (np. kłujący, piekący, strzelający etc.)	Czy były napady bólu (jeśli tak, uzupełnij tabelę w pkt. 4)

Dodatkowe leki (przeciwbólowe)	Uwagi (jakość snu, apetyt, nastrój)

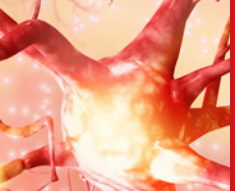


SKALA NRS

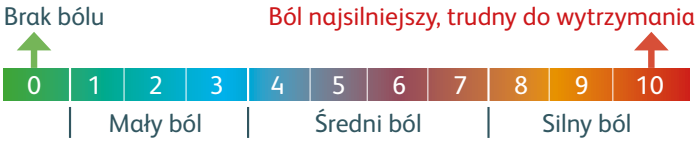


Data	Średnia intensywność bólu w danym dniu (w skali NRS 0–10)	Charakter bólu (np. kłujący, piekący, strzelający etc.)	Czy były napady bólu (jeśli tak, uzupełnij tabelę w pkt. 4)

Dodatkowe leki (przeciwbólowe)	Uwagi (jakość snu, apetyt, nastrój)

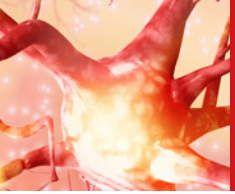


SKALA NRS

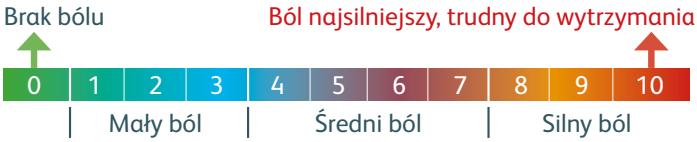


Data	Średnia intensywność bólu w danym dniu (w skali NRS 0–10)	Charakter bólu (np. kłujący, piekący, strzelający etc.)	Czy były napady bólu (jeśli tak, uzupełnij tabelę w pkt. 4)

Dodatkowe leki (przeciwbólowe)	Uwagi (jakość snu, apetyt, nastrój)

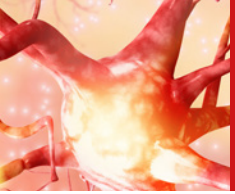


SKALA NRS

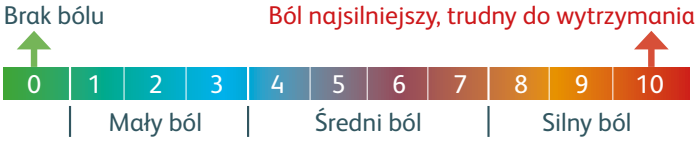


Data	Średnia intensywność bólu w danym dniu (w skali NRS 0–10)	Charakter bólu (np. kłujący, piekący, strzelający etc.)	Czy były napady bólu (jeśli tak, uzupełnij tabelę w pkt. 4)

Dodatkowe leki (przeciwbólowe)	Uwagi (jakość snu, apetyt, nastrój)

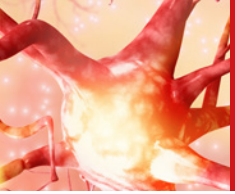


SKALA NRS



Data	Średnia intensywność bólu w danym dniu (w skali NRS 0–10)	Charakter bólu (np. kłujący, piekący, strzelający etc.)	Czy były napady bólu (jeśli tak, uzupełnij tabelę w pkt. 4)

Dodatkowe leki (przeciwbólowe)	Uwagi (jakość snu, apetyt, nastrój)



SKALA NRS

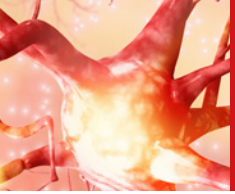
Brak bólu — Ból najsilniejszy, trudny do wytrzymania

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Mały ból			Średni ból				Silny ból		

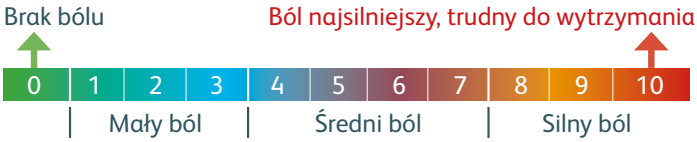
4. Ból napadowy (epizodyczny)

Data i godzina	Nasilenie bólu napadowego (w skali NRS 0–10)	Gdzie wystąpił ból?	Podczas jakiej czynności pojawił się ból? (co wyzwoliło ból)

Przyjęte leki (ratunkowe)	Jak długo trwał ból (w min/ godz.)?	Ból minimalny, po ustąpieniu bólu napadowego (w skali NRS 0–10)	Uwagi

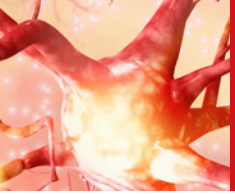


SKALA NRS



Data i godzina	Nasilenie bólu napadowego (w skali NRS 0–10)	Gdzie wystąpił ból?	Podczas jakiej czynności pojawił się ból? (co wyzwoliło ból)

Przyjęte leki (ratunkowe)	Jak długo trwał ból (w min/ godz.)?	Ból minimalny, po ustąpieniu bólu napadowego (w skali NRS 0–10)	Uwagi



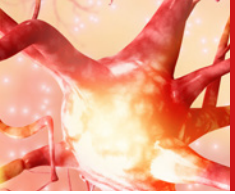
SKALA NRS

Brak bólu — Ból najsilniejszy, trudny do wytrzymania

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Mały ból			Średni ból				Silny ból		

Data i godzina	Nasilenie bólu napadowego (w skali NRS 0–10)	Gdzie wystąpił ból?	Podczas jakiej czynności pojawił się ból? (co wyzwoliło ból)

Przyjęte leki (ratunkowe)	Jak długo trwał ból (w min/ godz.)?	Ból minimalny, po ustąpieniu bólu napadowego (w skali NRS 0–10)	Uwagi



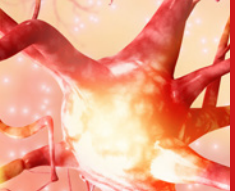
SKALA NRS

Brak bólu — Ból najsilniejszy, trudny do wytrzymania

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Mały ból			Średni ból				Silny ból		

Data i godzina	Nasilenie bólu napadowego (w skali NRS 0–10)	Gdzie wystąpił ból?	Podczas jakiej czynności pojawił się ból? (co wyzwoliło ból)

Przyjęte leki (ratunkowe)	Jak długo trwał ból (w min/ godz.)?	Ból minimalny, po ustąpieniu bólu napadowego (w skali NRS 0–10)	Uwagi



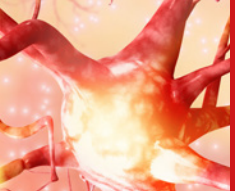
SKALA NRS

Brak bólu — Ból najsilniejszy, trudny do wytrzymania

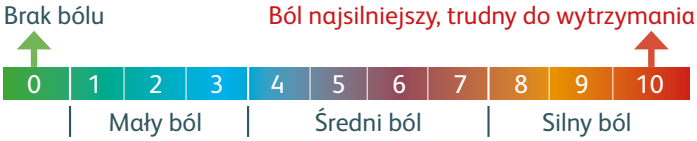
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Mały ból			Średni ból				Silny ból		

Data i godzina	Nasilenie bólu napadowego (w skali NRS 0–10)	Gdzie wystąpił ból?	Podczas jakiej czynności pojawił się ból? (co wyzwoliło ból)

Przyjęte leki (ratunkowe)	Jak długo trwał ból (w min/ godz.)?	Ból minimalny, po ustąpieniu bólu napadowego (w skali NRS 0–10)	Uwagi

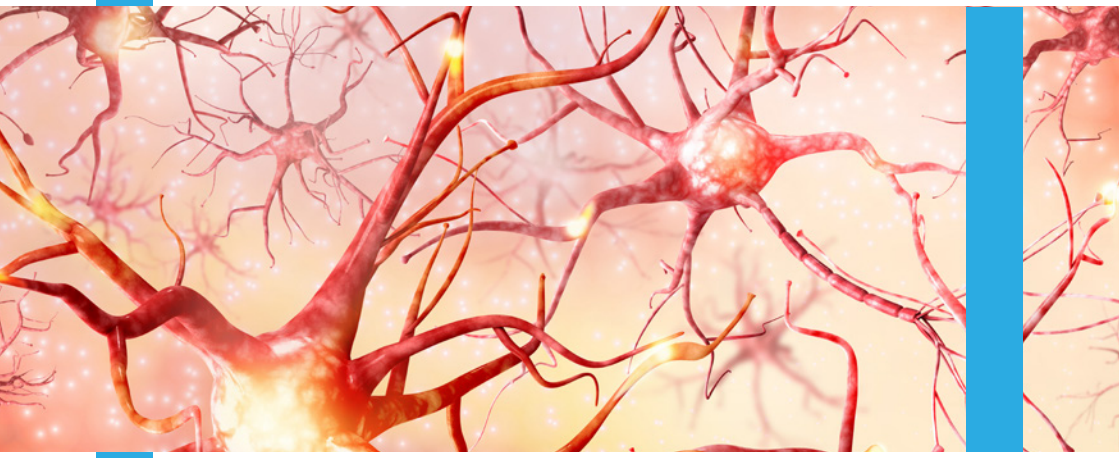


SKALA NRS



Data i godzina	Nasilenie bólu napadowego (w skali NRS 0–10)	Gdzie wystąpił ból?	Podczas jakiej czynności pojawił się ból? (co wyzwoliło ból)

Przyjęte leki (ratunkowe)	Jak długo trwał ból (w min/ godz.)?	Ból minimalny, po ustąpieniu bólu napadowego (w skali NRS 0–10)	Uwagi



WPOLLYR3017260/02/2018

Pfizer Polska Sp. z o.o.
ul. Postępu 17 B, 02-676 Warszawa
tel.: (22) 335 61 00, fax: (22) 335 61 11
warsaw.office@pfizer.com
www.pfizer.com.pl