………………………………………….., dn. ……………………………….

………………………………………  
 *nazwa szpitala/oddziału*

……………………………………….

………………………………………  
 *adres*

prof. dr hab. Jan Dobrogowski

Prezes

Polskie Towarzystwo Badania Bólu

ul. Śniadeckich 10

31-531 Kraków

**WNIOSEK O PRZYZNANIE CERTYFIKATU „SZPITAL BEZ BÓLU”**

Szanowny Panie Prezesie,

Niniejszym składam wniosek o nadanie przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu certyfikatu „Szpital bez bólu” szpitalowi/oddziałowi

……………………………………………………………………………….…………….   
  
w ……………………………………...............

Szpital/oddział spełnił wymagane kryteria określone przez PTBB, jako warunki konieczne uzyskania certyfikatu tzn.:

* Personel medyczny (lekarze i pielęgniarki) wzięli udział w szkoleniu z zakresu:  
  □ uśmierzania ostrego bólu pooperacyjnego

□ leczenia bólu przewlekłego

podczas szkolenia przeprowadzonego: *(niepotrzebne skreślić)*  
 samodzielnie w sposób tradycyjny / e-learningowo na platformie LeczBól.pl

* W szpitalu/na oddziale wprowadzono procedurę regularnej oceny nasilenia bólu u wszystkich pacjentów i prowadzenia odpowiedniej dokumentacji
* W szpitalu/na oddziale działa procedura prowadzenia dokumentacji dotyczącej zastosowanego postępowania przeciwbólowego
* W szpitalu/na oddziale wprowadzono procedurę informowania pacjentów o możliwościach i metodach uśmierzania bólu
* W szpitalu/na oddziale wprowadzono procedurę monitorowania działań niepożądanych zastosowanego leczenia

Osobą kontaktową w sprawie przeprowadzenia kontroli spełnienia wymaganych kryteriów jest:

………………………………………………………………………………………………………..

*Imię i nazwisko*

………………………………………………………………………………………………………………………………….  
*Stanowisko / Nr telefonu*

W sprawie szkolenia e-learningowego wniosek należy przesłać pod adres: [leczbol@nextmedica.pl](mailto:leczbol@nextmedica.pl)   
W sprawie tradycyjnego szkolenia z bólu ostrego wniosek należy przesłać pod adres: [pytania@szpitalbezbolu.pl](mailto:pytania@szpitalbezbolu.pl)