

KARTA DOKUMENTACJI POSTĘPOWANIA PRZECIWBÓLOWEGO

Data, godzina zabiegu (dz/m-c/rok):.....

Nr historii choroby

Rozpoznanie przedoperacyjne:.....

Rodzaj zabiegu.....

Rodzaj znieczulenia

Analgezya z wyprzedzeniem: Tak.....

Nie

Metoda analgezji pooperacyjnej: farmakoterapia

analgezya regionalna

analgezya zbilansowana

Choroby współistniejące, czynniki ryzyka:	
nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/>
choroba niedokrwienia serca	<input type="checkbox"/>
przebyty zawał serca, udar niedokrwienno mózgu	<input type="checkbox"/>
cukrzyca	<input type="checkbox"/>
miażdżyca uogólniona	<input type="checkbox"/>
przewlekłe zapalenie oskrzeli, astma oskrzelowa	<input type="checkbox"/>
choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy	<input type="checkbox"/>
choroby nerek	<input type="checkbox"/>
choroby wątroby	<input type="checkbox"/>
nadwrażliwość na leki przeciwbólowe w wywiadzie	<input type="checkbox"/>
cięża, laktacja	<input type="checkbox"/>
inne	<input type="checkbox"/>

Farmakoterapia			
Lek / metoda		Nazwa leku	Droga podania
Paracetamol <input type="checkbox"/>			
Metamizol <input type="checkbox"/>			
NLPZ <input type="checkbox"/>		
Opioidy	Morfina <input type="checkbox"/>		PCA <input type="checkbox"/>
	Tramadol <input type="checkbox"/>		PCA <input type="checkbox"/>
	Oksykodon <input type="checkbox"/>		PCA <input type="checkbox"/>
	Inny opioid <input type="checkbox"/>		PCA <input type="checkbox"/>

Analgezya regionalna						
		Rodzaj analgezji regionalnej		Podanie		
		powierzchniowe <input type="checkbox"/>	nasiekowe <input type="checkbox"/>	pojedyncze	frakcjonowane	ciągłe
Znieczulenie	nerwów i splotów <input type="checkbox"/>					
	zewnątrzoponowe <input type="checkbox"/>					
	podpajęczynówkowe <input type="checkbox"/>					
	międzyopięziowe <input type="checkbox"/>					
	przykręgowce <input type="checkbox"/>					
	inne <input type="checkbox"/>					

Natężenie bólu pooperacyjnego w skali numerycznej (NRS) przed / 30 min. po podaniu leku						
Godzina	08:00	12:00	16:00	20:00	0:00	04:00
Doba	... / / / / / / ...
I	... / / / / / / ...
II	... / / / / / / ...
III	... / / / / / / ...

Objawy niepożądane	
nadmierna sedacja	<input type="checkbox"/>
nudności	<input type="checkbox"/>
wymioty	<input type="checkbox"/>
świąd	<input type="checkbox"/>
inne	<input type="checkbox"/>

Niepożądane objawy zastosowanych leków przeciwbólowych

TAK (wypełnij „żółtą kartę”)

NIE