

GRAFICKÉ ZHODNOCENÍ BOLESTI = VAS – vizuální analgetická škála SÍLY bolesti (0 – 10)

Zakreslete pomocí křížků X sílu bolesti, jak probíhá během dne a noci. Podání léků od bolesti označte šipkou ↓

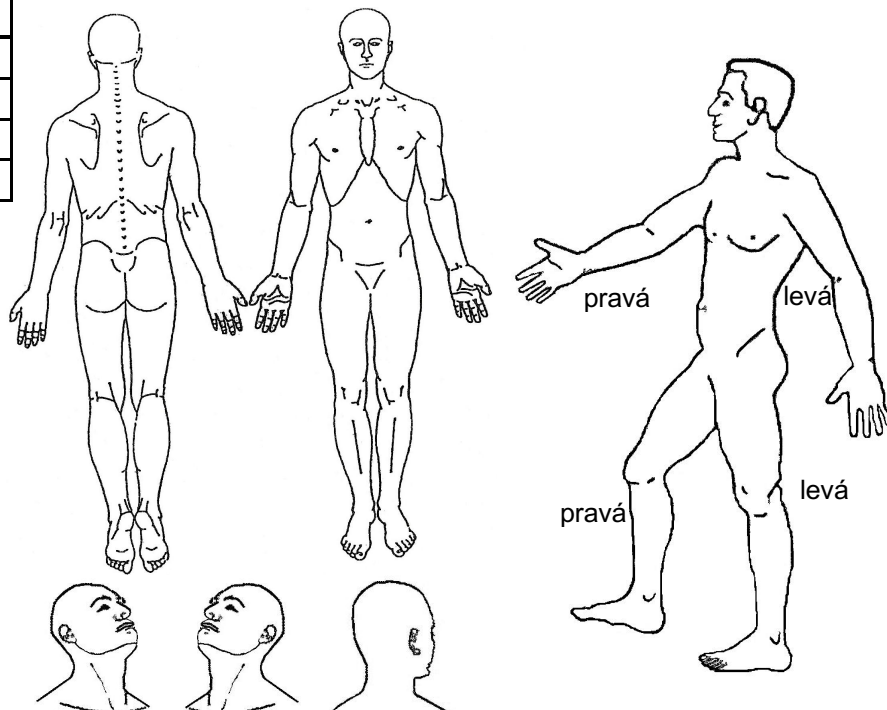
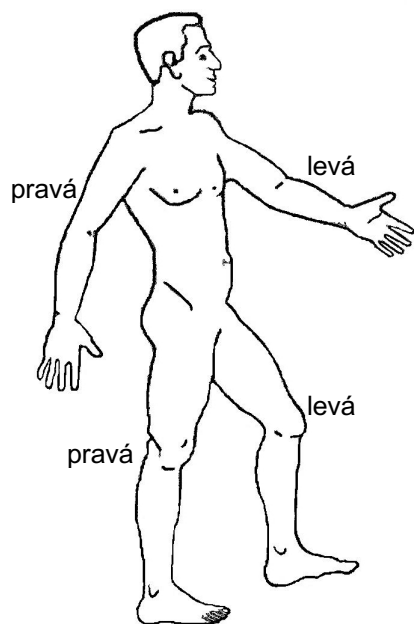
SLOVNÍ VYJÁDRĚNÍ	
10	- nesnesitelná
9	
8	- strašná – krutá
7	
6	- silná, stresující
5	
4	- středně silná
3	
2	- mírná – slabá
1	
0	- žádná

dnes:
 při atace:
 po analgetizaci:

Charakteristika bolesti – zatrhněte slova vyjadřující pocit bolesti a dopište, kde to bolí a pak zakreslete podle příslušné barvy do obrázků

Senzorická složka (tělesná bolest)	kde
1 Žlutě: <input type="checkbox"/> bodavá, <input type="checkbox"/> píchavá	
2 <input type="checkbox"/> vystřelující	
3 <input type="checkbox"/> ostrá, řezavá	
4 <input type="checkbox"/> šubavá	
5 Zeleně: <input type="checkbox"/> křečovitá, <input type="checkbox"/> svíravá, <input type="checkbox"/> kroutivá	
6 Modře: <input type="checkbox"/> tupá, <input type="checkbox"/> přetrvávající <input type="checkbox"/> bolavá, rozbolavělá	
7 <input type="checkbox"/> jako by měla prasknout - pnutí	
8 <input type="checkbox"/> hlodavá (jako zakousnutí)	
9 <input type="checkbox"/> citlivé (bolestivé) na dotek	
10 <input type="checkbox"/> tíživé (těžké)	
11 Červeně: <input type="checkbox"/> pálivá, <input type="checkbox"/> palčivá	

Afektivní (pocitová) složka
12 <input type="checkbox"/> únavná - vyčerpávající
13 <input type="checkbox"/> oslabující
14 <input type="checkbox"/> vzbuzující strach - nervozitu
15 <input type="checkbox"/> deprimující



Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl(a) úplně a pravdivě.

datum

podpis pacienta

OSOBNÍ ZÁZNAM PACIENTA

Příjmení a jméno: Titul:
 Rodné číslo: Datum narození: Zdrav. pojišťovna:
 Adresa bydliště: PSČ:
 Tel. číslo: Zadat telefonní číslo do systému? ANO NE
 Jsem zaměstnán jako:

	od kdy nebo jak dlouho
Nyní jsem na	1. na pracovní neschopnosti:
	2. na pracovním úřadě:
	3. v domácnosti:
	4. na mateřské dovolené:
	5. v důchodu <input type="checkbox"/> starobním <input type="checkbox"/> úplný <input type="checkbox"/> invalidním <input type="checkbox"/> částečný <input type="checkbox"/> po dobu <input type="checkbox"/> napořád

Navštěvujete ještě nějakou odbornou ambulanci (neurolog, ortoped, revmatolog, kardiolog, gastroenterolog, atd.)?

1. Dr. 3. Dr.
 2. Dr. 4. Dr.

Praktický lékař: Dr. Působíště:

ALERGIE ANO NE Pokud ANO, vyplňte prosím tabulku níže.

alergie na co	projev
.....
.....
.....

Kolik vážíte: kg úbytek na váze o kg - za jak dlouho:

Výška: cm

Kouříte: nikdy ANO – kolik denně: Již nekouřím – jak dlouho:
 Kouřím jen příležitostně

Jaké léky od bolesti jste již užíval(a), už neužíváte a proč ne (slabé, špatné, apod.)

Název léku	Důvod
.....
.....
.....
.....
.....

Jaké všechny léky k dnešnímu dni užíváte

	Název léku [mg]	Jak často a kolik R – P – V 1 – 1 – 1, občas	Jak dlouho
od bolesti			
na spaní			
ostatní léky			

Jiná Vaše onemocnění, potíže, úrazy, operace – zatrhněte a dopište

orgán	čím trpíte
Srdce	infarkt myokardu <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO: <input type="checkbox"/> arytmie Baypass: Stimulátor:
Tlak krve (TK):	<input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> nízký <input type="checkbox"/> kolísavý <input type="checkbox"/> léčím se na vysoký tlak krve
Plíce	<input type="checkbox"/> Bronchitida, astma
Cévy	<input type="checkbox"/> Křečové žíly: <input type="checkbox"/> Záněty žil:
zažívací trakt	<input type="checkbox"/> jícn <input type="checkbox"/> žaludek <input type="checkbox"/> střevní potíže
Slinivka břišní	<input type="checkbox"/> cukrovka (DM): <input type="checkbox"/> na dietě <input type="checkbox"/> tablety <input type="checkbox"/> inzulin:
Játra	<input type="checkbox"/> žloutenka – kdy a jaká: <input type="checkbox"/> mononukleóza <input type="checkbox"/> cirhóza
Žlučník:	
Ledviny	
Močové ústrojí	
Gynekologické potíže	
Prostata	
Hlava	<input type="checkbox"/> migrény <input type="checkbox"/> úrazy: <input type="checkbox"/> cévní mozková příhoda <input type="checkbox"/> neuralgie trojklaného nervu
Oční potíže	
Kosti	<input type="checkbox"/> osteoporóza – odvápnění kostí:
Klouby - artóza	
Infekční onemocnění	<input type="checkbox"/> borelióza: <input type="checkbox"/> pásový opar:
Štítná žláza	
Krvácivé stavy	
Revmatismus	
OTOKY	

Prodělané operace

--

Přidružené potíže – přiřte ANO, NE nebo mám, nemám, občas, apod.)

nechutenství:

zvracení: nauzea (pocit na zvracení):

nadýmání: zácpa: projímadlo: průjem:

AKTIVITA:

1 – zvládám vše sama

2 – zvládám pouze nejnnutnější věci a to:

sama

s omezením - jakým: odpočívám často občas posedávám převážně sedím převážně ležím

3 – potřebuji pomoc jiné osoby:

Jsou problémy: (stručně jaké)

v rodině:

v práci:

Nespavost:

spím dobře špatně usínám budím se nespím vůbec

z jakého důvodu:

pospávám přes den: **Kolik hodin asi spíte v noci:**

Svámi slovy prosím popište Vaše potíže, bolesti se kterými přicházíte

1. Kdy a jak začaly potíže	2. Co a kde Vás bolí, co to zhoršuje (teplo, chlad, změna počasí, činnost, apod.)
3. Ve kterou dobu máte bolesti (ráno, večer, v noci, přes den, jsou stálé)	4. Při které činnosti nebo co je způsobí (zvedání, ohýbání, delší chůze, přetáčení, stání, sezení, atd.)
5. Jak nastupují bolesti (náhle, pozvolna, apod.)	
6. Co pomáhá zmírnit bolest (u léků od bolesti – jak dlouho působí)	
7. Cítíte se: <input type="checkbox"/> dobře <input type="checkbox"/> unaveně <input type="checkbox"/> vyčerpaně <input type="checkbox"/> oslabeně <input type="checkbox"/> depresivně <input type="checkbox"/> nervózně <input type="checkbox"/> plačtivě <input type="checkbox"/> jinak – popište:	

Co děláte pro to, aby potíže byly mírnější

.....

.....

.....