

KARTA OCENY BÓLU (DRABINA ANALGETYCZNA WHO)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

III	silne opioidy (morfina, oksykodon, fentanyl, metadon, buprenorfina, tapentadol) ± analgetyki nieopiodowe
ból trwa ↑ lub narasta	
II	słabe opioidy^a (tramadol, dihydrokodeina, kodeina) lub małe dawki morfiny, oksykodonu, hydromorfonu ± analgetyki nieopiodowe
ból trwa ↑ lub narasta	
I	leki nieopiodowe (paracetamol, niesteroidowe leki przeciwzapalne)

**NALEŻY
ZAZNACZYĆ „X” W
ODPOWIEDNIM
POLU W CELU
UMIEJSCOWIENIA
SYTUACJI
BÓLOWEJ
PACJENTA NA
DRABINIE
ANALGETYCZNEJ**

Dodatkowe informacje o bólu występującym u pacjenta:

.....

.....

.....

.....

.....

data, pieczęć, podpis lekarza