

KARTA DOKUMENTACJI POSTĘPOWANIA PRZECIWBÓLOWEGO

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

Nr historii choroby

Rozpoznanie przedoperacyjne:

Rodzaj zabiegu

Rodzaj znieczulenia

Analgezyja z wyprzedzeniem: Tak
 Nie

Metoda analgezji pooperacyjnej: farmakoterapia
 analgezyja przewodowa
 analgezyja zbilansowana

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

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

Analgezyja przewodowa				
Rodzaj analgezji przewodowej		Podanie		
		pojedyncze	frakcjonowane	ciągłe
Znieczulenie	powierzchniowe <input type="checkbox"/>			
	nasiękowe <input type="checkbox"/>			
	nerwów i splotów <input type="checkbox"/>			
	zewnątrzooponowe <input type="checkbox"/>			
	podpajęczynówkowe <input type="checkbox"/>			
	śródoopłucnowe <input type="checkbox"/>			
	przykręgowo <input type="checkbox"/>			

Natężenie bólu pooperacyjnego w skali numerycznej (NRS) lub wzrokowo-analogowej (VAS)						
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