**Pieczątka Kliniki FORMULARZ BADANIA NATĘŻENIA BÓLU**

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA……………………………………………………… MIESIĄC/ ROK……………………………………

NASILENIE BÓLU W wizualnej skali analogowej (VAS) od 1 do 10

0 – brak bólu 10- ból nie do wytrzymania

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień pobytu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| Wynik od 0-10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień pobytu | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| Wynik od 0-10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Legenda: brak bólu wpisz „0”, nasilenie bólu w skali od 1 nieznaczny do 10 ból skrajny, nie do wytrzymania