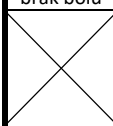


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------|
| Imię i nazwisko: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                         |
| Nr ks. gt./ Nr ks. oddz.: _____ PESEL: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <i>Pieczętka komórki organizacyjnej</i> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                         |

|                                    |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |
|------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Lek:</b>                        | <b>DATA:</b>                                  |                                               |                                               |                                               | <b>DATA:</b>                                  |                                               |                                               |                                               | <b>DATA:</b>                                  |                                               |                                               |                                               |
|                                    | Dawka/ droga podania                          |                                               |                                               |                                               | Dawka/ droga podania                          |                                               |                                               |                                               | Dawka/ droga podania                          |                                               |                                               |                                               |
|                                    | Podpis lekarza zlecającego                    |                                               |                                               |                                               | Podpis lekarza zlecającego                    |                                               |                                               |                                               | Podpis lekarza zlecającego                    |                                               |                                               |                                               |
|                                    | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   |
|                                    | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> |
| <b>Lek:</b>                        | <b>DATA:</b>                                  |                                               |                                               |                                               | <b>DATA:</b>                                  |                                               |                                               |                                               | <b>DATA:</b>                                  |                                               |                                               |                                               |
|                                    | Dawka/ droga podania                          |                                               |                                               |                                               | Dawka/ droga podania                          |                                               |                                               |                                               | Dawka/ droga podania                          |                                               |                                               |                                               |
|                                    | Podpis lekarza zlecającego                    |                                               |                                               |                                               | Podpis lekarza zlecającego                    |                                               |                                               |                                               | Podpis lekarza zlecającego                    |                                               |                                               |                                               |
|                                    | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   |
|                                    | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> |
| <b>Lek:</b>                        | <b>DATA:</b>                                  |                                               |                                               |                                               | <b>DATA:</b>                                  |                                               |                                               |                                               | <b>DATA:</b>                                  |                                               |                                               |                                               |
|                                    | Dawka/ droga podania                          |                                               |                                               |                                               | Dawka/ droga podania                          |                                               |                                               |                                               | Dawka/ droga podania                          |                                               |                                               |                                               |
|                                    | Podpis lekarza zlecającego                    |                                               |                                               |                                               | Podpis lekarza zlecającego                    |                                               |                                               |                                               | Podpis lekarza zlecającego                    |                                               |                                               |                                               |
|                                    | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   |
|                                    | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> |
| <b>Lek:</b>                        | <b>DATA:</b>                                  |                                               |                                               |                                               | <b>DATA:</b>                                  |                                               |                                               |                                               | <b>DATA:</b>                                  |                                               |                                               |                                               |
|                                    | Dawka/ droga podania                          |                                               |                                               |                                               | Dawka/ droga podania                          |                                               |                                               |                                               | Dawka/ droga podania                          |                                               |                                               |                                               |
|                                    | Podpis lekarza zlecającego                    |                                               |                                               |                                               | Podpis lekarza zlecającego                    |                                               |                                               |                                               | Podpis lekarza zlecającego                    |                                               |                                               |                                               |
|                                    | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   | Podaż Godz.                                   |
|                                    | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> | <small>Podpis pielęgniarki / położnej</small> |
| <b>PCA/<br/>Blokada regionalna</b> |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |                                               |

| Skala natężenia bólu NRS-pierwszy pomiar/pomiary efektu leczenia                   |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Godzina pomiaru                                                                    |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| max ból                                                                            | 10                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Skala natężenia bólu NRS / VAS                                                     | 9                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 8                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 7                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 6                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 5                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 4                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 3                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                                                                                  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                                                                                  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| brak bólu                                                                          | 0                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Podpis osoby dokonującej oceny |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|             |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Lek:</b> | <b>DATA:</b>                   |                                |                                |                                | <b>DATA:</b>                   |                                |                                |                                | <b>DATA:</b>                   |                                |                                |                                |
|             | Dawka/ droga podania           |                                |                                |                                | Dawka/ droga podania           |                                |                                |                                | Dawka/ droga podania           |                                |                                |                                |
|             | Podpis lekarza zlecającego     |                                |                                |                                | Podpis lekarza zlecającego     |                                |                                |                                | Podpis lekarza zlecającego     |                                |                                |                                |
|             | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    |
|             |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |
|             | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej |

|             |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Lek:</b> | <b>DATA:</b>                   |                                |                                |                                | <b>DATA:</b>                   |                                |                                |                                | <b>DATA:</b>                   |                                |                                |                                |
|             | Dawka/ droga podania           |                                |                                |                                | Dawka/ droga podania           |                                |                                |                                | Dawka/ droga podania           |                                |                                |                                |
|             | Podpis lekarza zlecającego     |                                |                                |                                | Podpis lekarza zlecającego     |                                |                                |                                | Podpis lekarza zlecającego     |                                |                                |                                |
|             | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    |
|             |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |
|             | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej |

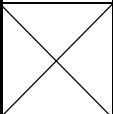
|             |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Lek:</b> | <b>DATA:</b>                   |                                |                                |                                | <b>DATA:</b>                   |                                |                                |                                | <b>DATA:</b>                   |                                |                                |                                |
|             | Dawka/ droga podania           |                                |                                |                                | Dawka/ droga podania           |                                |                                |                                | Dawka/ droga podania           |                                |                                |                                |
|             | Podpis lekarza zlecającego     |                                |                                |                                | Podpis lekarza zlecającego     |                                |                                |                                | Podpis lekarza zlecającego     |                                |                                |                                |
|             | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    |
|             |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |
|             | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej |

|             |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Lek:</b> | <b>DATA:</b>                   |                                |                                |                                | <b>DATA:</b>                   |                                |                                |                                | <b>DATA:</b>                   |                                |                                |                                |
|             | Dawka/ droga podania           |                                |                                |                                | Dawka/ droga podania           |                                |                                |                                | Dawka/ droga podania           |                                |                                |                                |
|             | Podpis lekarza zlecającego     |                                |                                |                                | Podpis lekarza zlecającego     |                                |                                |                                | Podpis lekarza zlecającego     |                                |                                |                                |
|             | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    | Podaż Godz.                    |
|             |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |                                |
|             | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej | Podpis pielęgniarki / położnej |

|                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>PCA/<br/>Blokada regionalna</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Skala natężenia bólu NRS-pierwszy pomiar/pomiary efektu leczenia                   |                                |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                                                    |                                | DATA |  |  |  |  |  |  | DATA |  |  |  |  |  |  | DATA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Godzina pomiaru                                                                    |                                |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| max ból                                                                            | 10                             |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Skala natężenia bólu NRS/VAS                                                       | 9                              |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 8                              |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 7                              |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 6                              |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 5                              |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 4                              |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 3                              |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                                                                                  |                                |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                                                                                  |                                |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| brak bólu                                                                          | 0                              |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Podpis osoby dokonującej oceny |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                    |                                |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>UWAGI:</b>                                                                      |                                |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |