



PALIATYWNE LECZENIE PRZECIWBÓLOWE – KARTA ZGŁOSZENIOWA

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Osoba do kontaktu:

1. Proszę podać wstępne rozpoznanie choroby:

2. Proszę zaznaczyć stopień bólu:

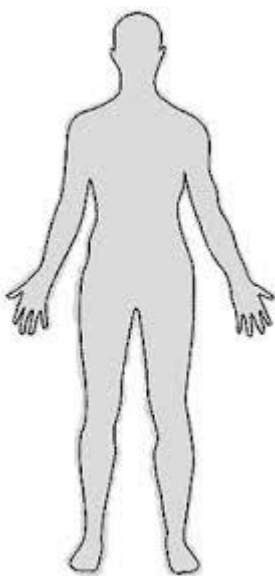
Skala NRS (Numeric Rate Scale) – ocena natężenia bólu u pacjenta

0 – brak bólu

10 – najgorszy ból, jaki można sobie wyobrazić

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Proszę zaznaczyć na obrazku i wymienić miejsce/a bólu:



4. Proszę załączyć kopię płyty i opis badania:

- ✓ TK – Tomografia komputerowa
- ✓ MR – Rezonans magnetyczny
- ✓ PET – Pozytonowa Tomografia Emisyjna
- ✓ Scyntygrafia

Prosimy nie wysyłać samych zdjęć RTG, gdyż nie są one wystarczające do przeprowadzenia kwalifikacji.