

## Расскажите нам о своей боли

### По шкале от 0 до 10 какова интенсивность Вашей боли?

Данный вопрос неоднократно задается Вам в целях корректировки Вашего лечения. Оценка Вашей боли, а также измерение у Вас температуры и артериального давления проводятся систематически и регулярно. Посредством линейки Вы указываете интенсивность Вашей боли по шкале от 0 до 10.

### Info +

Имеются другие инструменты, такие как соответствующие таблицы наблюдения, предназначенные для оценки боли у маленьких детей, у лиц, находящихся в коме или страдающих серьезными нарушениями речи.

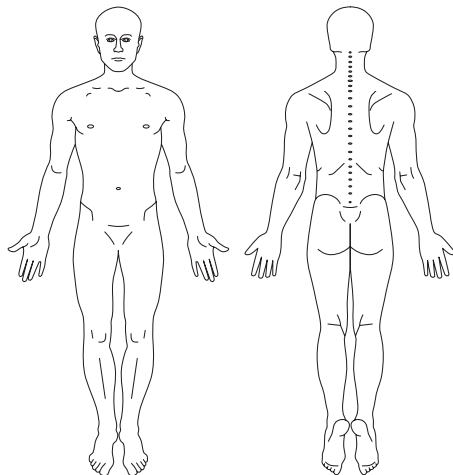
### Как помочь медицинскому персоналу облегчить Вашу боль?

Описывая свои ощущения, Вы способствуете выработке индивидуального подхода к Вашему лечению. Данные сведения заносятся затем в Вашу медицинскую карту, что, в свою очередь, обеспечивает лучшее взаимодействие между различными медицинскими работниками.

### Как рассказать о своей боли медперсоналу?

Когда появилась боль? \_\_\_\_\_

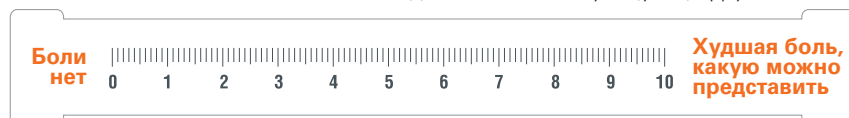
Где у меня болит? (Укажите болевые участки)



### Каков характер моей боли?

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Пульсирующая  | <input type="checkbox"/> Жгучая                          | <input type="checkbox"/> Беспокоящая  |
| <input type="checkbox"/> Пробивающая   | <input type="checkbox"/> Стискивающая                    | <input type="checkbox"/> Раздражающая |
| <input type="checkbox"/> Зудящая       | <input type="checkbox"/> Подобная электрическому разряду |                                       |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____ |  |                                       |

### Какова ее интенсивность? (обведите соответствующую цифру)



### Какие факторы влияют на интенсивность боли?

Факторы, усиливающие боль

- |  |                                   |                                 |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Положение     | <input type="checkbox"/> Движение | <input type="checkbox"/> Стресс |
| <input type="checkbox"/> Холод         | <input type="checkbox"/> Тепло    | <input type="checkbox"/> Покой  |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____ |                                   |                                 |

Факторы, облегчающие боль

- |  |                                   |                                 |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Положение     | <input type="checkbox"/> Движение | <input type="checkbox"/> Стресс |
| <input type="checkbox"/> Холод         | <input type="checkbox"/> Тепло    | <input type="checkbox"/> Покой  |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____ |                                   |                                 |

### На какие аспекты моей жизни влияет боль?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Сон           | <input type="checkbox"/> Настроение                  |
| <input type="checkbox"/> Работа        | <input type="checkbox"/> Отношения с близкими людьми |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____ |  |

### Какой(ие) курс(ы) лечения я уже прошел(а)?

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Медикаментозный _____  |
| <input type="checkbox"/> Немедикаментозный _____<br>(физиотерапия, релаксация, гипноз и т.д.) |
| <input type="checkbox"/> Личные «рецепты» _____   |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____  |