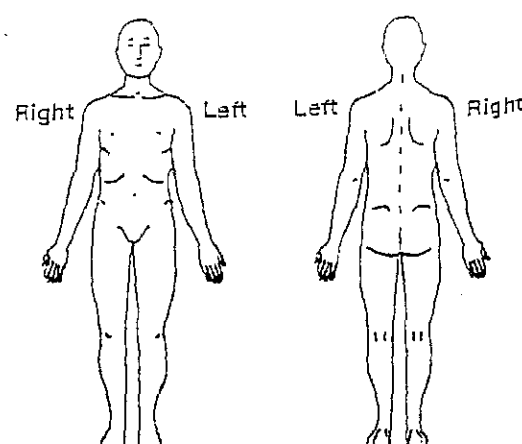


**\*אומדן כאב**

<p>מיקום הכאב</p> 	<p>מדבקה עם פרטי החולה</p>
<p>עוצמת הכאב בזמן התקף</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>עוצמת הכאב – מדידה על פי "סרגל חישה" (VAS)</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>אין כאב</p> <p>כאב בלתי נסבל</p>	<p>אין כאב</p> <p>כאב בלתי נסבל</p>
<p><b>אופי הכאב (על פי תיאור החולה)</b></p> <p> <input type="checkbox"/> עויתי      <input type="checkbox"/> לוחץ  <input type="checkbox"/> צובת/לופת      <input type="checkbox"/> שורף  <input type="checkbox"/> תחושת נימול      <input type="checkbox"/> דוקר  <input type="checkbox"/> עמום      <input type="checkbox"/> פועם  <input type="checkbox"/> מקרין – לאן?          אחר _____       </p> <p>טיפול תרופתי נוכחי לשיכוך הכאב ומידת יעילותו</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>תדירות הכאב</b></p> <p> <input type="checkbox"/> לסירוגין  <input type="checkbox"/> קשור לאירוע  <input type="checkbox"/> מתפרץ  <input type="checkbox"/> קבוע       </p> <p><b>משך הכאב</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>באילו מצבים מתגבר הכאב</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>האם יש שינוי בעוצמת הכאב בלילה</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>מה מקל על הכאב</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>

שם וחתומת מבצע האומדן \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_

\* יצורף לאנמזה סיעודית