

Лист оценки боли и обезболивания

ФИО пациента _____ Дата рождения _____ Карта № _____

Кабинет 23. Дата _____ Вмешательство, зуб / участок _____

Шкала _____ Самооценка / поведенческая оценка. Масса тела _____ кг.

Аллергии, противопоказания, уже принятые препараты _____

Этап, время	Боль, балл / шкала	Действие, препарат, мг / мл, путь	Эффект и решение	ФИО, подпись
До вмешательства				
После обезболивания				
После операции				
Повторная оценка				
Перед уходом				
Завершение		Запись		
Рекомендации, схема приёма, признаки срочного обращения				
Контрольный осмотр и контакт для обращения				
Врач: ФИО, подпись, дата				