

ქვეყნული საეპიდემიოლოგიური და ენდემიური დაავადებების ცენტრი



ტკივილის შეფასების ფორმა

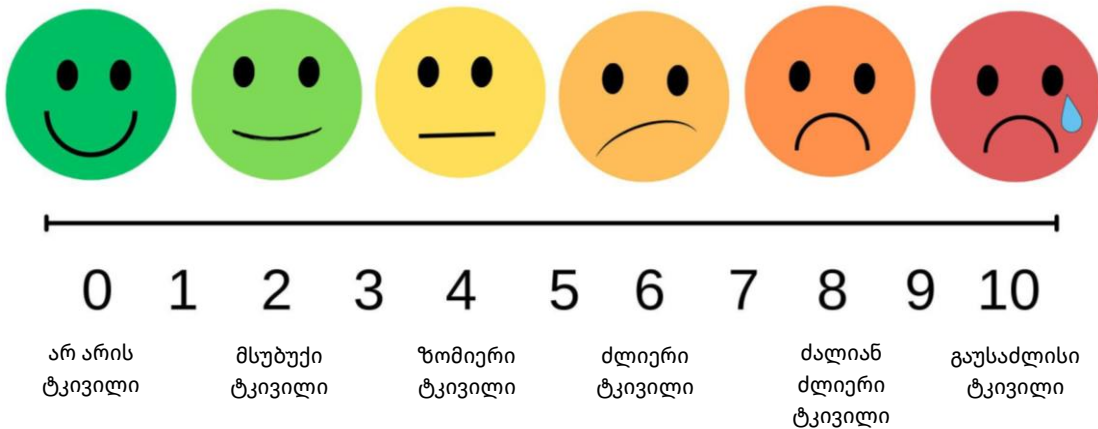
ტკივილის შეფასების ფორმა

პაციენტი: _____ თარიღი: _____

დრო: _____ პალატა/საწოლი: _____

ტკივილის ლოკალიზაცია: (პაციენტის მითითების მიხედვით)

ტკივილის ინტენსივობა: (0-10 ქულა)



ტკივილი ხარისხი: (პაციენტის გადმოცემით)

ტკივილის ხანგრძლივობა: _____

ტკივილის დაწყების დრო: _____

ტკივილის დამამძიმებელი ფაქტორი: _____

ტკივილის შემამსუბუქებელი ფაქტორი: _____

ტკივილის ზეგავლენა ყოველდღიურ აქტივობაზე: _____



ტკივილის შეფასების ფორმა

გამოყენებული ანალგეტიკი: _____

დამატებითი ინფორმაცია:

შემფასებელი _____

თარიღი _____

