+30 kart z kluczowymi pytaniami do wywiadu

30 kart do rozmowy klinicznej

Od pierwszego pytania do wspólnie ustalonego następnego kroku.



Problem • przebieg • codzienna funkcja • bezpieczeństwo • cele

Każda karta zawiera pięć pytań, krótkie pola odpowiedzi i wskazówkę pogłębienia rozmowy.

Dla specjalistów prowadzących wywiad w granicach własnych kompetencji. Pomoc do rozmowy; nie zastępuje badania ani pełnej dokumentacji.

Najpierw oceń bezpieczeństwo. W stanie nagłym przerwij rozmowę i zorganizuj pomoc. Wypełnianie kart nigdy nie może opóźniać działania.

Wybierz potrzebne karty. Zapisuj słowa pacjenta i odróżniaj je od swojej interpretacji.

1.

2.

3.

4.

5.

Jak korzystać — zakres, legenda i przykład

Wybierz karty odpowiadające problemowi. Pytaj naturalnie; nie odczytuj całego zestawu podczas każdej wizyty. Uzyskaj zgodę na rozmowę i ocenę.



PYTANIA

Bark boli przy sięganiu na półkę od dwóch tygodni.

POGŁĘB

Kiedy dokładnie się zaczęło?
Co nasila, co zmniejsza ból?
Czy był uraz?

DALEJ

Ocena bezpieczeństwa, tolerowanego ruchu i funkcji.

Legenda: **PYTANIA** — wypowiedź pacjenta. **POGŁĘB** — uściślenie. **DALEJ** — decyzja specjalisty. Brak odpowiedzi nie oznacza braku objawu.

Przykład fikcyjny: **Anna, 43 lata, Kraków.** „Bark boli przy sięganiu na półkę od dwóch tygodni".
Cel: samodzielnie ubierać kurtkę.

Data:

Identyfikator:

Zapis:
początek stopniowy; bez zgłoszonego urazu. Dalej: ocena bezpieczeństwa, tolerowanego ruchu i funkcji. Nie wpisuj rozpoznania na podstawie samej rozmowy.

To autorskie pomoce edukacyjne, bez walidacji i punktacji.
Stan nagły: działaj od razu; w Polsce pomoc ratunkowa 112 lub 999.

Główny problem i cel rozmowy



KARTA 01 / 30

Dane: identyfikator ___ Data ___

PYTANIA

1	Z czym przede wszystkim zgłasza się dziś Pan/Pani na wizytę?	
2	Co w tej sytuacji jest dla Pana/Pani najbardziej uciążliwe?	
3	Jakiej czynności najbardziej brakuje Panu/Pani w codziennym życiu?	
4	Co chciałby/chciałaby Pan/Pani ustalić podczas dzisiejszej rozmowy?	
5	Czy jest jeszcze coś ważnego, o co nie zapytałem?	

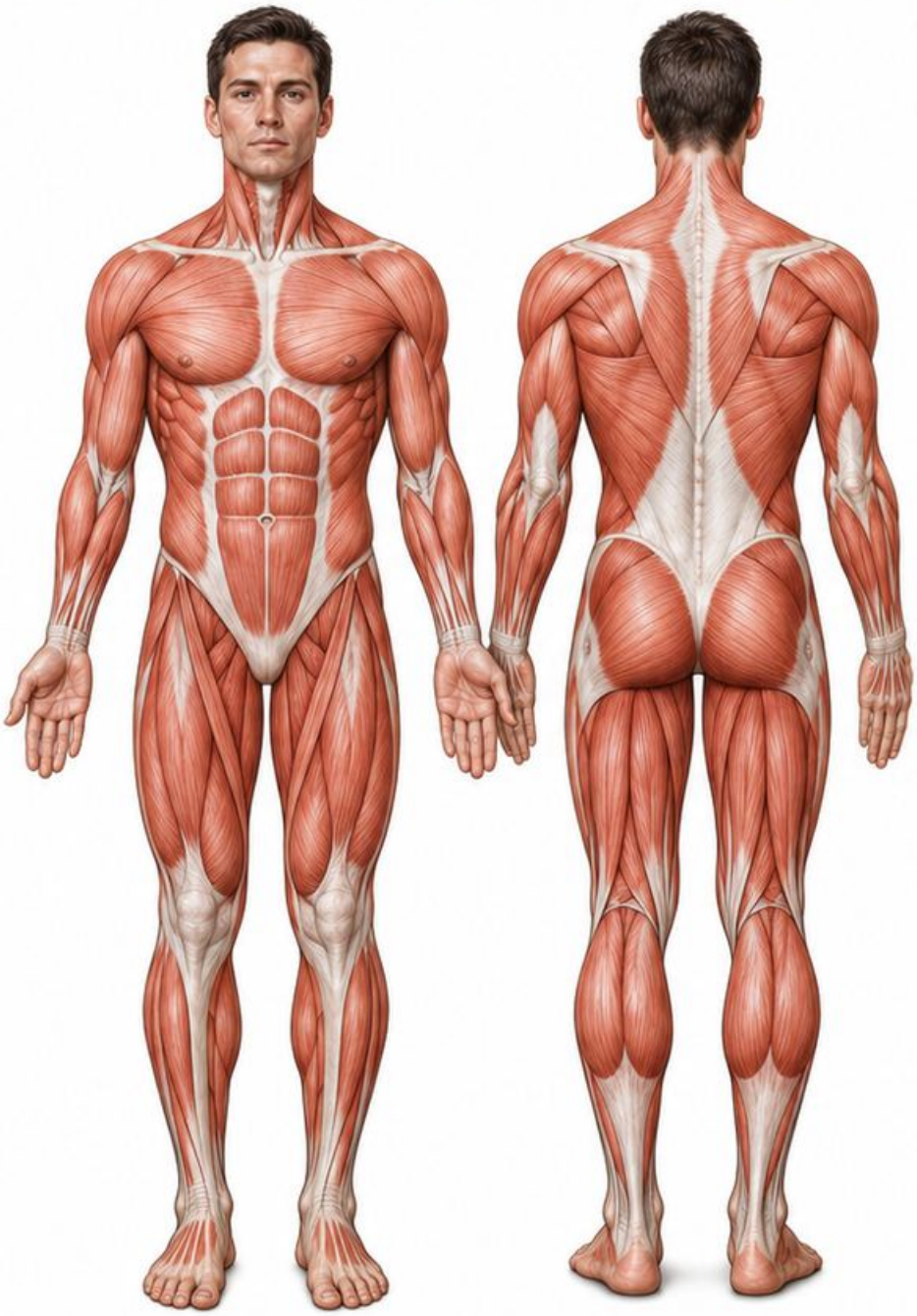
ZAPIS: Problem: ____ Najważniejsza czynność: ____ Cel: ____

POGŁĘB: Oddziel oczekiwanie pacjenta od Swojej hipotezy. Ustal jeden wspólny priorytet i potwierdź go własnymi słowami.

DALEJ: Dobierz dalsze karty i zakres oceny do priorytetu oraz bezpieczeństwa.

Lokalizacja na mapie ciała

KARTA 02 / 30



PYTANIA

1. Gdzie dokładnie odczuwa Pan/Pani dolegliwości?

2. Czy może Pan/Pani wskazać najbardziej dokuczliwy obszar?

3. Czy objawy występują po jednej stronie, czy po obu?

4. Czy odczuwa Pan/Pani ból powierzchownie, czy raczej głęboko?

5. Czy miejsce dolegliwości zmieniło się od początku problemu?

Dane: identyfikator _____ Data _____

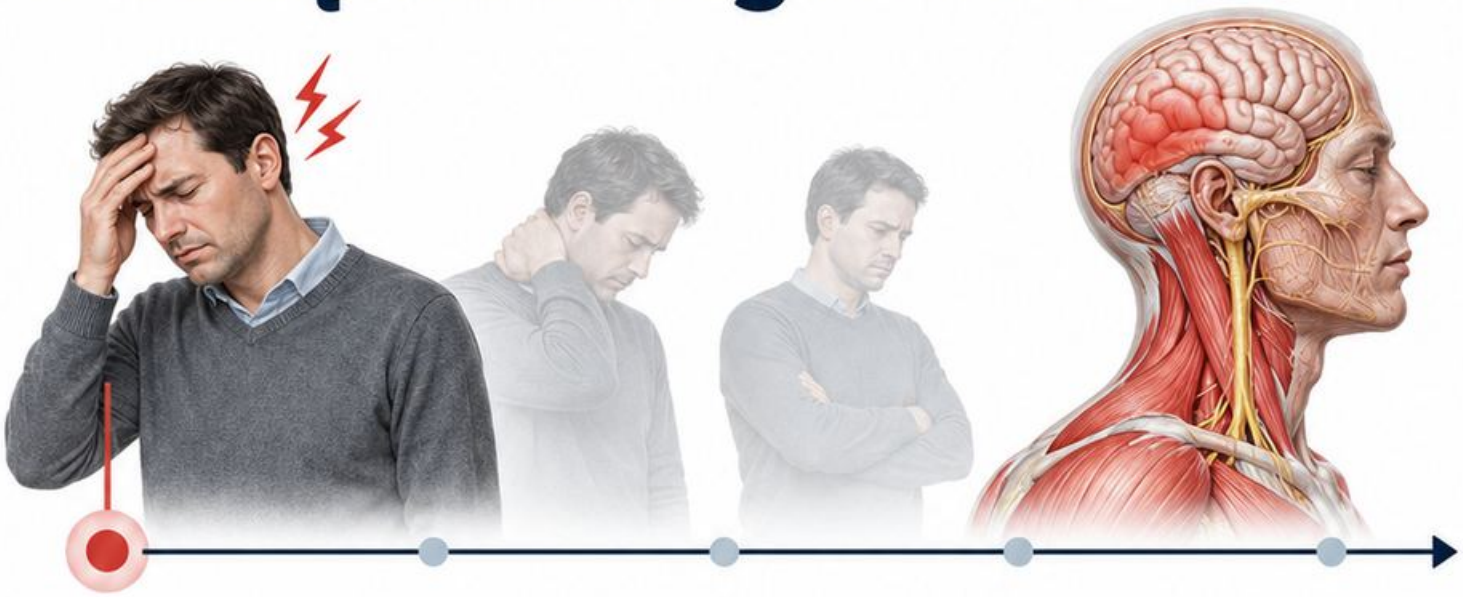
ZAPIS: Strona: _____ Obszar: _____ Zmiana miejsca: _____

POGŁĘB: Poproś o zaznaczenie odrębnych objawów różnymi symbolami. Nie utożsamiaj obszaru bólu z jedną uszkodzoną strukturą.

DALEJ: Zestaw lokalizację z przebiegiem, funkcją i badaniem.

Początek dolegliwości

KARTA 03 / 30



Dane: identyfikator ___ Data ___

PYTANIA

1. Kiedy po raz pierwszy zauważył/zauważyła Pan/Pani objawy?
2. Czy zaczęły się nagle, czy narastały stopniowo?
3. Co robił/robiła Pan/Pani tuż przed ich pojawieniem się?
4. Czy wcześniej zmieniła się Pana/Pani aktywność, praca lub stan zdrowia?
5. Czy od początku pojawiło się osłabienie, gorączka albo inny nowy objaw?

ZAPIS: **Data lub okres:** ___ **Początek:** ___ **Nowe objawy:** ___

POGŁĘB: Odrożnij związek czasowy od przyczyny.
Zapisz niepewność, jeśli pacjent nie pamięta dokładnej daty.

DALEJ: Nagły początek z objawami neurologicznymi wymaga natychmiastowej oceny bezpieczeństwa.

Uraz i jego mechanizm

KARTA 04 / 30



PYTANIA

1. Co dokładnie wydarzyło się podczas urazu, według Pana/Pani relacji?

2. W jakiej pozycji znajdowała się wtedy Pana/Pani kończyna lub tułów?

3. Czy Pan/Pani upadł/upadła, uderzył/uderzyła się lub doznał/doznała skręcenia?

4. Czy po zdarzeniu mógł/mogła Pan/Pani chodzić albo używać kończyny?

5. Czy Pan/Pani stracił/straciła przytomność lub uderzył/uderzyła głową?

ZAPIS: **Zdarzenie:** ____ **Czas:** ____ **Funkcja po urazie:** ____

POGŁĘB: Ustal wysokość upadku, miejsce uderzenia i późniejsze pogorszenie. Nie odtwarzaj urazu prowokacyjnym ruchem.

DALEJ: Poważny uraz, zaburzenia świadomości lub narastające objawy: pilna pomoc; przy zagrożeniu życia 112/999.

Czas trwania i przebieg



Dane: identyfikator _____ Data _____

PYTANIA

1. **Od jak dawna utrzymują się Pana/Pani dolegliwości?**
2. **Czy objawy są stałe, czy pojawiają się okresowo?**
3. **Jak długo trwa zwykle jeden epizod u Pana/Pani?**
4. **Czy od początku zauważa Pan/Pani poprawę, pogorszenie czy brak zmiany?**
5. **Czy pojawił się u Pana/Pani nowy objaw lub nowy obszar bólu?**

ZAPIS: Czas trwania: _____ Epizod: _____ Kierunek zmian: _____

POGŁĘB: Porównuj podobne dni i czynności. Zapytaj o objawy między epizodami oraz stopniową utratę funkcji.

DALEJ: Nowe lub szybko narastające objawy wymagają ponownej oceny, nawet po wcześniejszej poprawie.

Ostoja

KARTA 06 / 30

Nasilenie bólu



Dane: identyfikator ___ Data ___

PYTANIA

1. Jak silny jest ból odczuwany przez Pana/Panią teraz?
2. Jaki był najsilniejszy ból u Pana/Pani od ostatniej wizyty?
3. Przy jakiej czynności ból najbardziej Panu/Pani przeszkadza?
4. Czy nasilenie zmienia się u Pana/Pani w spoczynku i podczas ruchu?
5. Czy ból uniemożliwia Panu/Pani sen, jedzenie lub podstawową samoobsługę?

ZAPIS:

Teraz: _____ Najgorzej: _____ Wpływ na funkcję: _____

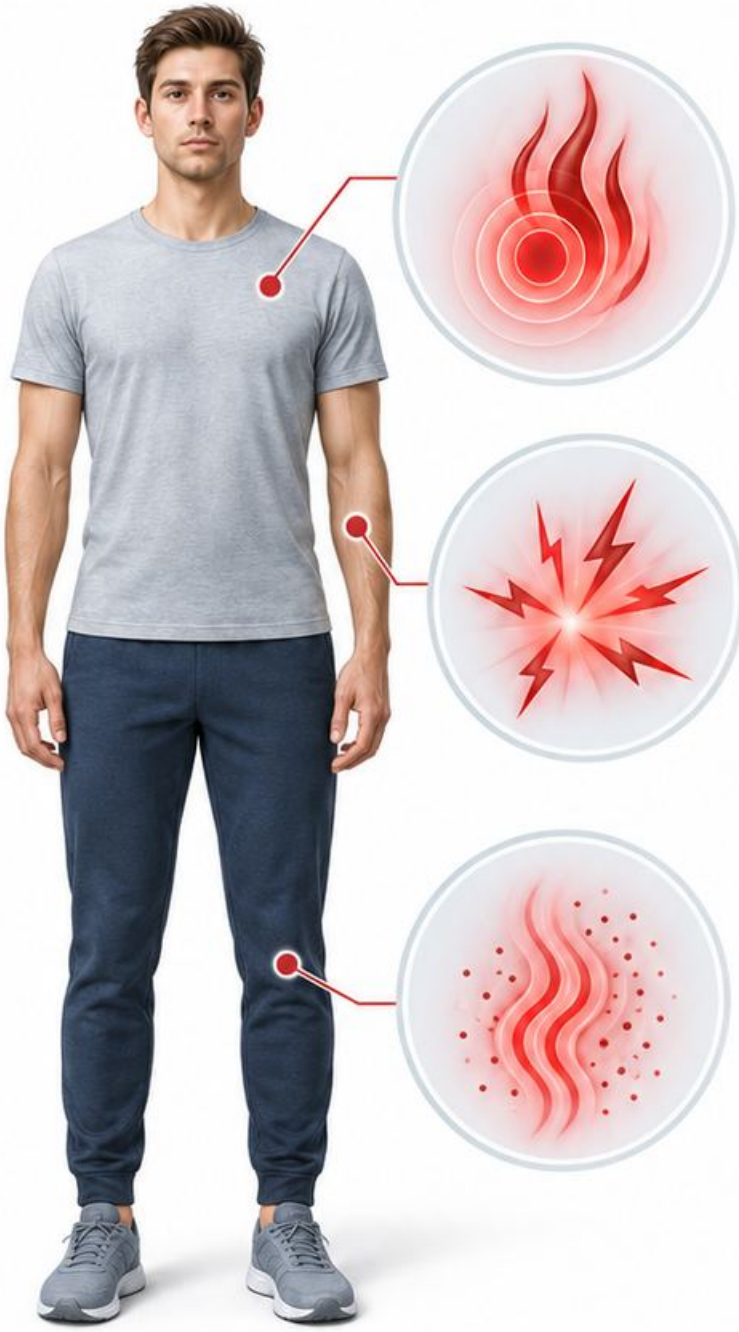
POGŁĘB:

Możesz poprosić o opis słowny. Jeśli używasz liczby 0–10, uzgodnij znaczenie krańców i zachowaj je przy porównaniach.

DALEJ: Sama intensywność nie wskazuje przyczyny. Oceń kontekst i nowe objawy.

Charakter dolegliwości

KARTA 07 / 30



Dane: identyfikator ____ **Data** ____

PYTANIA

1. Jak opisałby/opisałaby Pan/Pani odczuwaną dolegliwość własnymi słowami?
2. Czy odczuwa Pan/Pani pieczenie, kłucie, rozpieranie lub inny rodzaj bólu?
3. Czy występuje u Pana/Pani mrowienie albo drętwienie?
4. Czy objawom towarzyszy u Pana/Pani uczucie osłabienia lub ciężkości?
5. Czy charakter dolegliwości zmienia się u Pana/Pani w ciągu dnia?

ZAPIS:

Własne słowa: ____

Objawy towarzyszące: ____

Zmiany: ____

POGŁĘB:

Nie przypisuj rozpoznania pojedynczemu określeniu. Ustal, czy pacjent rozróżnia ból, zaburzenia czucia i osłabienie.

DALEJ:

Dobierz dalsze pytania o lokalizację, przebieg oraz funkcję neurologiczną.

Promieniowanie i rozprzestrzenianie



PYTANIA

1. Czy ból przemieszcza się u Pana/Pani poza miejsce początku?
2. Dokąd najdalej dociera odczuwany przez Pana/Panią objaw?
3. Czy ból i mrowienie występują u Pana/Pani w tych samych miejscach?
4. Czy objawy pojawiają się u Pana/Pani jednocześnie czy kolejno?
5. Czy zasięg dolegliwości u Pana/Pani ostatnio się zwiększył?

ZAPIS: Początek: ____ Najdalszy obszar: ____ Czucie: ____

POGŁĘB: Narysuj osobno przebieg bólu i zmiany czucia. Relacja pacjenta nie dowodzi ucisku nerwu ani źródła mięśniowego.

DALEJ: Przy nowym osłabieniu lub zaburzeniach chodu oceń potrzebę pilnego skierowania.

Ruchy związane z bólem



Dane: identyfikator ____ Data ____

PYTANIA

1. Który ruch najczęściej wywołuje u Pana/Pani objawy?
2. Czy ból pojawia się na początku, w trakcie czy po ruchu?
3. Czy znaczenie ma u Pana/Pani kierunek, zakres lub tempo ruchu?
4. Czy może Pan/Pani wykonać podobną czynność w wygodniejszy sposób?
5. Jak długo po ruchu utrzymuje się u Pana/Pani nasilenie objawów?

ZAPIS: Ruch: ____ Moment objawu: ____ Powrót do stanu wyjściowego: ____

POGŁĘB: Ustal rzeczywistą czynność, zamiast prosić o wielokrotne prowokowanie bólu. Nie forsuj ruchu po urazie lub przy alarmujących objawach.

DALEJ: Wybierz tolerowany zakres dalszej oceny po sprawdzeniu bezpieczeństwa.

Czynniki nasilające

KARTA 10 / 30



Dane: identyfikator ___ Data ___

PYTANIA

1. **Co najczęściej nasila Pana/Pani dolegliwości?**
2. **Po jakim czasie danej czynności zaczyna Pan/Pani odczuwać pogorszenie?**
3. **Czy znaczenie ma dla Pana/Pani ciężar, czas trwania lub liczba powtórzeń?**
4. **Czy objawy nasilają się u Pana/Pani przy kaszlu lub kichaniu?**
5. **Czy pogorszeniu towarzyszą u Pana/Pani nowe objawy ogólne lub neurologiczne?**

ZAPIS: Czynnik: ___ Czas do nasilenia: ___ Reakcja późniejsza: ___

POGŁĘB: Sprawdź powtarzalność i opóźnioną reakcję. Jeden bolesny ruch nie identyfikuje samodzielnie uszkodzonej tkanki.

DALEJ: Dobierz obciążenie oceny do tolerancji; nowe objawy wymagają ponownego sprawdzenia bezpieczeństwa.

Czynniki łagodzące

KARTA 11 / 30



Dane: identyfikator ____ Data ____

PYTANIA

1. **Co przynosi Panu/Pani zauważalną ulgę?**

2. **Po jakim czasie odpoczynku odczuwa Pan/Pani zmianę?**

3. **Czy pomaga Panu/Pani zmiana pozycji lub łagodny ruch?**

4. **Jak długo utrzymuje się u Pana/Pani poprawa?**

5. **Czy stosowany sposób wywołał u Pana/Pani działania niepożądane?**

ZAPIS: Sposób: ____ Wielkość i czas ulgi: ____ Skutki uboczne: ____

POGŁĘB: Ustal, czy poprawia się także codzienna funkcja. Ulga po cieple, masażu lub leku nie potwierdza określłonej przyczyny bólu.

DALEJ: Uwzględnij bezpieczne, tolerowane strategie. Nie zalecaj samodzielnej zmiany dawek leków.

Rytm dobowy i poranek

KARTA 12 / 30



Dane: identyfikator ____ Data ____

PYTANIA

1. O jakiej porze Pana/Pani dolegliwości są największe?
2. Jak czuje się Pan/Pani bezpośrednio po przebudzeniu?
3. Jak długo utrzymuje się u Pana/Pani poranna sztywność?
4. Czy po rozpoczęciu ruchu zauważa Pan/Pani poprawę czy pogorszenie?
5. Czy towarzyszą temu u Pana/Pani obrzęki stawów lub inne nowe objawy?

ZAPIS: Pora: ____ Sztywność — czas: ____ Reakcja na ruch: ____

POGŁĘB: Zapisz rzeczywisty czas i wpływ na czynności.
Nie rozpoznawaj choroby zapalnej na podstawie pojedynczej odpowiedzi.

DALEJ: Utrzymująca się sztywność z obrzękiem lub objawami ogólnymi uzasadnia konsultację lekarską.

Sen i objawy nocne

KARTA 13 / 30









Dane: identyfikator ___ Data ___

PYTANIA

1.	Czy ból utrudnia Panu/Pani zasypianie?	
2.	Czy objawy budzą Pana/Panią w nocy?	
3.	Czy zmiana pozycji przynosi Panu/Pani ulgę?	
4.	Czy nocne dolegliwości są u Pana/Pani nowe lub narastające?	
5.	Czy zauważył/zauważyła Pan/Pani gorączkę, nocne poty lub niezamierzoną utratę masy ciała?	

ZAPIS: Przebudzenia: ____ Pozycja i ulga: ____ Objawy ogólne: ____

POGŁĘB: Ustal wcześniejszy rytm snu, jego zmianę i funkcjonowanie następnego dnia. Sam ból nocny nie stanowi rozpoznania.

DALEJ: Nowy uporczywy ból z objawami ogólnymi wymaga szybkiej oceny lekarskiej; przy ciężkim stanie pomoc natychmiastowa.

Praca i ergonomia

KARTA 14 / 30







Dane: identyfikator ___ Data ___

PYTANIA

1. Jakie zadania wykonuje Pan/Pani podczas typowego dnia pracy?

   _____

   _____

2. Jak długo pozostaje Pan/Pani w jednej pozycji?

   _____

   _____

3. Które zadania najbardziej nasilają Pana/Pani objawy?

   _____

   _____

4. Jak często może Pan/Pani zmieniać pozycję lub zrobić przerwę?

   _____

   _____

5. Jaką zmianę organizacji pracy może Pan/Pani realnie wprowadzić?

   _____

   _____

ZAPIS: Zadanie: ___ Czas: ___
Dostępna zmiana: ___

POGŁĘB: Uwzględnij dojazdy, pracę domową i wymagania pracodawcy. Nie zakładaj jednej idealnej pozycji dla wszystkich osób.

DALEJ: Uzgodnij wykonalną zmianę i sposób sprawdzenia jej wpływu na funkcję.

Sport i zmiana obciążeń

Ostoja

KARTA 15 / 30



PON	WT	ŚR	CZW	PT	SOB	NIEDZ
Reakcja:	Reakcja:	Reakcja:	Reakcja:	Reakcja:	Reakcja:	Reakcja:

Dane: identyfikator ____ **Data** _____

PYTANIA

1. Jaką aktywność uprawia Pan/Pani i jak często?
2. Co zmieniło się ostatnio w Pana/Pani treningu lub codziennym wysiłku?
3. Czy zwiększył/zwiększyła Pan/Pani czas, intensywność albo liczbę sesji?
4. Jak reaguje Pan/Pani podczas aktywności i następnego dnia?
5. Czy ma Pan/Pani wystarczająco dużo czasu na sen i regenerację?

ZAPIS: Aktywność: _____ Zmiana: _____ Reakcja następnego dnia: _____

POGŁĘB: Uwzględnij równocześnie pracę, chorobę i stres. Zbieżność ze zmianą treningu nie dowodzi jednej przyczyny urazu.

DALEJ: Ustal tolerowane obciążenie i termin ponownej oceny zamiast automatycznego powrotu do pełnego wysiłku.

Funkcja i codzienne czynności







Dane: identyfikator ____ Data ____

PYTANIA

1. Która codzienna czynność sprawia Panu/Pani największą trudność?
2. Co może Pan/Pani wykonać samodzielnie, a przy czym potrzebuje pomocy?
3. Jak daleko lub jak długo może Pan/Pani chodzić bez przerwy?
4. Czy objawy ograniczają Panu/Pani ubieranie, higienę albo przygotowanie posiłku?
5. Jak wyglądałoby dla Pana/Pani zauważalne polepszenie tej czynności?

ZAPIS: Czynność: _____ Obecna możliwość: _____ Potrzebna pomoc: ____

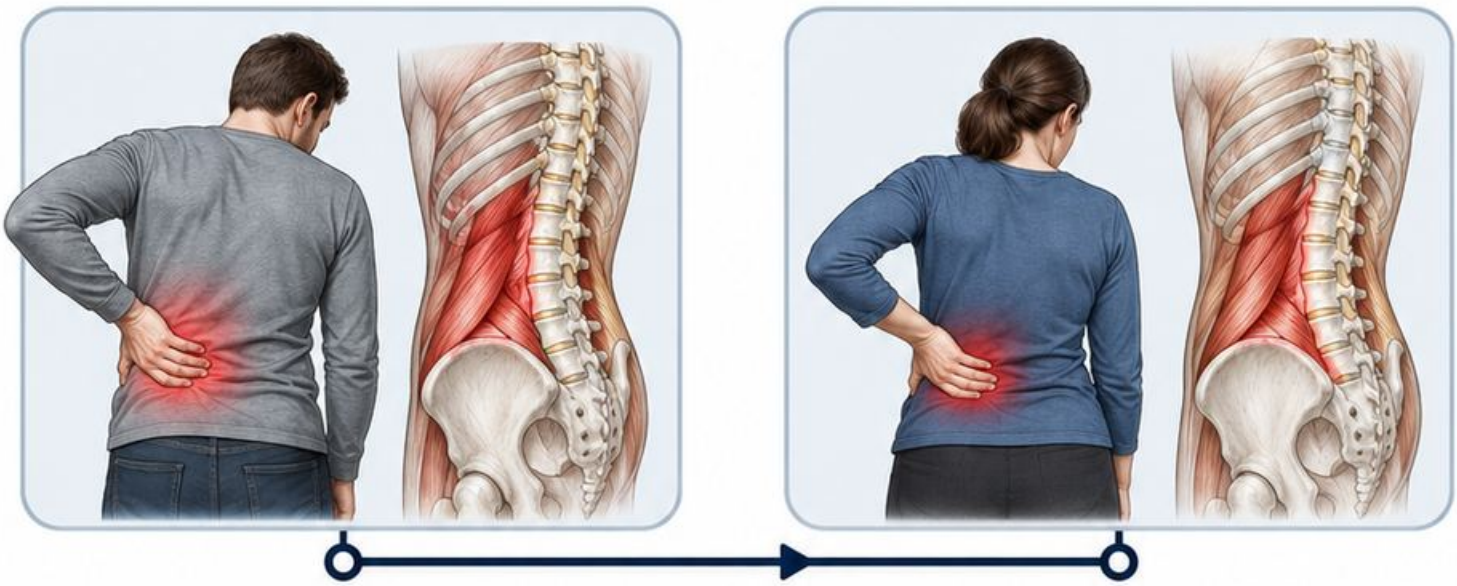
POGŁĘB: Zapisz konkretny punkt odniesienia, na przykład dystans lub czas. Ustal warunki porównania podczas kolejnej wizyty.

DALEJ: Wybierz jeden cel funkcjonalny i bezpieczny sposób jego późniejszej oceny.

Epizody wcześniejsze

KARTA 17 / 30

Dane: identyfikator ___ Data ___



PYTANIA

1. **Czy miał/miała Pan/Pani wcześniej podobne dolegliwości?**
2. **Czym obecny epizod różni się od poprzedniego?**
3. **Jak długo trwał u Pana/Pani poprzedni epizod?**
4. **Co wtedy Panu/Pani pomogło, a co pogorszyło sytuację?**
5. **Czy między epizodami wrócił/wróciła Pan/Pani do zwykłej sprawności?**

ZAPIS: Poprzedni epizod: _____ Różnice: _____

Funkcja między epizodami: _____

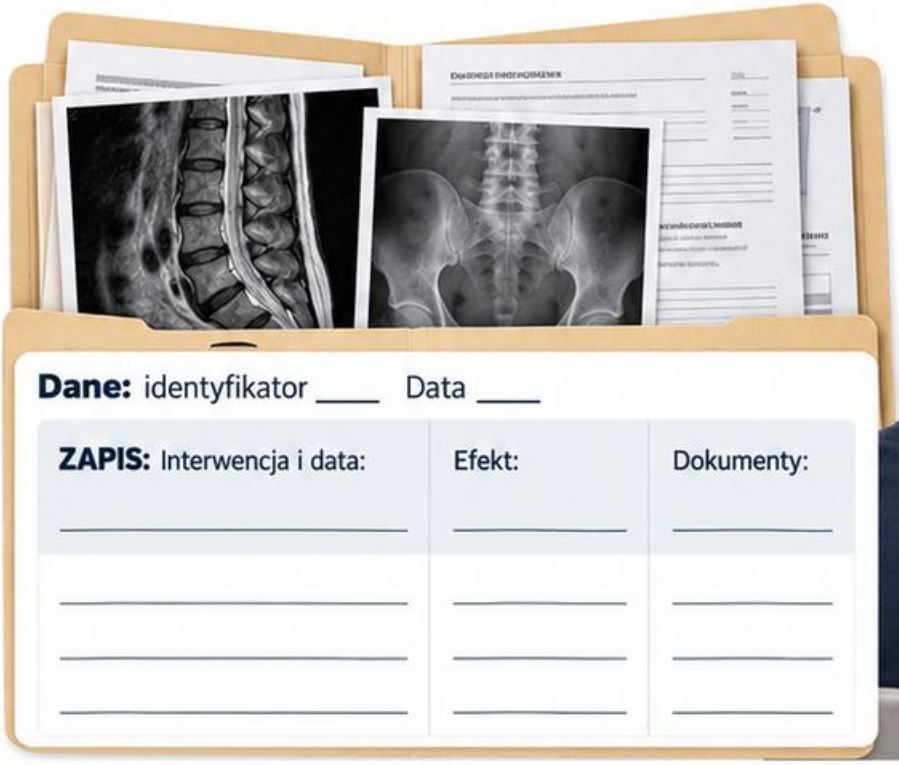
POGŁĘB: Zapytaj o wcześniejsze urazy, zabiegi i utrzymujące się objawy. Nie przenoś dawnego rozpoznania automatycznie na nową sytuację.

DALEJ: Nowy charakter objawów wymaga nowej oceny, także przy podobnej lokalizacji bólu.

Ostoja

KARTA 18 / 30

Dotychczasowe leczenie i badania





Dane: identyfikator ____ Data ____

ZAPIS: Interwencja i data:	Efekt:	Dokumenty:

PYTANIA

1. **Jakie leczenie otrzymał/otrzymała Pan/Pani do tej pory?**



2. **Jakie badania wykonano u Pana/Pani i kiedy?**



3. **Czy ma Pan/Pani opisy wyników lub zalecenia lekarza?**



4. **Co zmieniło się u Pana/Pani po leczeniu, także w codziennej funkcji?**



5. **Czy wystąpiły u Pana/Pani działania niepożądane albo nowe objawy?**



POGŁĘB: Odróżnij opis badania od interpretacji pacjenta. W bólu lędźwiowym obrazowanie nie jest rutynowo potrzebne każdej osobie.

DALEJ: Uwzględnij aktualny stan i wskazania; sam wynik obrazu nie wyjaśnia wszystkich dolegliwości.

Choroby współistniejące

KARTA 19 / 30



Dane: identyfikator ____ Data ____

PYTANIA

1. Na jakie choroby przewlekłe leczy się Pan/Pani obecnie?
2. Czy rozpoznano u Pana/Pani nowotwór, osteoporozę lub chorobę zapalną?
3. Czy przebył/przebyła Pan/Pani niedawno operację, infekcję lub hospitalizację?
4. Czy występują u Pana/Pani zaburzenia krążenia, czucia albo gojenia?
5. Czy jest Pan/Pani w ciąży lub istnieje taka możliwość?

ZAPIS: Rozpoznania: ____ Leczenie: ____ Istotne ograniczenia: ____

POGŁĘB: Ustal aktualność informacji i zalecenia prowadzących specjalistów. Pozwól odmówić odpowiedzi; odnotuj brak danych bez domysłów.

DALEJ: Dostosuj zakres oceny do ryzyka i kompetencji; przy niejasnych ograniczeniach uzgodnij konsultację lekarską.

Ostoja

KARTA 20 / 30

Leki i ich zmiany



PYTANIA

1. Jakie leki przyjmuje Pan/Pani regularnie i doraźnie?
2. Czy może Pan/Pani podać dawki lub pokazać aktualną listę?
3. Czy ostatnio rozpoczął/rozpoczęła Pan/Pani lek albo zmienił/zmieniła jego dawkę?
4. Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwkrzepliwe lub glikokortykosteroidy?
5. Czy po leku zauważył/zauważyła Pan/Pani zawroty głowy, osłabienie lub inne nowe objawy?

ZAPIS:

Nazwa i dawka:	Zmiana i data:	Reakcja:

POGŁĘB:
Uwzględnij preparaty bez recepty i suplementy. Zapisuj relację czasową, bez samodzielnego przypisywania przyczyny.

DALEJ:
Podejrzenie działania niepożądanego: konsultacja z lekarzem lub farmaceutą; nie zmieniaj samodzielnie zaleconego leczenia.

Gorączka i objawy ogólne





Dane: identyfikator ___ Data ___

PYTANIA

1. Czy mierzył/mierzyła Pan/Pani temperaturę i jaki był wynik?
2. Czy odczuwa Pan/Pani dreszcze lub wyraźne rozbicie?
3. Czy ostatnio schudł/schudła Pan/Pani bez takiego zamiaru?
4. Czy przebył/przebyła Pan/Pani infekcję, zabieg lub ma ranę?
5. Czy ból występuje u Pana/Pani razem z gorącym, obrzękniętym stawem?

ZAPIS: Temperatura i czas: ___ Objawy: ___ Niedawne zdarzenia: ___

POGŁĘB: Ustal przebieg i stan ogólny. Brak zmierzonej gorączki nie wyklucza poważnej infekcji.

DALEJ: **Podejrzenie** zakażenia gorącego obrzękniętego stawu, także bez gorączki: przerwij ocenę i zorganizuj natychmiastową ocenę lekarską. Ciężki stan, splątanie lub duszność: **112/999**.

Uraz i ryzyko złamania

KARTA 22 / 30



Dane: identyfikator ___ Data ___

PYTANIA

1. Czy Pan/Pani upadł/upadła lub doznał/doznała bezpośredniego uderzenia?
2. Czy może Pan/Pani obciążyć kończynę lub normalnie jej używać?
3. Czy zauważył/zauważyła Pan/Pani zniekształcenie, ranę lub narastający obrzęk?
4. Czy rozpoznano u Pana/Pani osteopprozę lub wcześniejsze złamania?
5. Czy przyjmuje Pan/Pani przewlekle glikokortykosteroidy?

ZAPIS: Mechanizm: ___ Obciążanie: ___ Czynniki ryzyka: ___

POGŁĘB: Mały uraz przy osteoporozie też wymaga uwagi. Możliwość chodzenia nie wyklucza złamania. Nie testuj urazu na siłę.

DALEJ: **Podejrzenie złamania: pilna ocena lekarska.**
Otwarta rana ze zniekształceniem, zimna kończyna lub ciężki uraz: pomoc natychmiastowa.

Osłabienie, czucie i chód

KARTA 23 / 30



Dane: identyfikator ____ Data ____

PYTANIA

1.	Czy zauważył/zauważyła Pan/Pani nowe osłabienie ręki lub nogi?
2.	Kiedy dokładnie zaczęła się u Pana/Pani ta.zmiana?
3.	Czy ma Pan/Pani nowe drętwienie lub mrowienie?
4.	Czy potyka się Pan/Pani, upuszcza przedmioty lub traci równowagę?
5.	Czy wystąpiła u Pana/Pani zmiana mowy, twarzy albo widzenia?

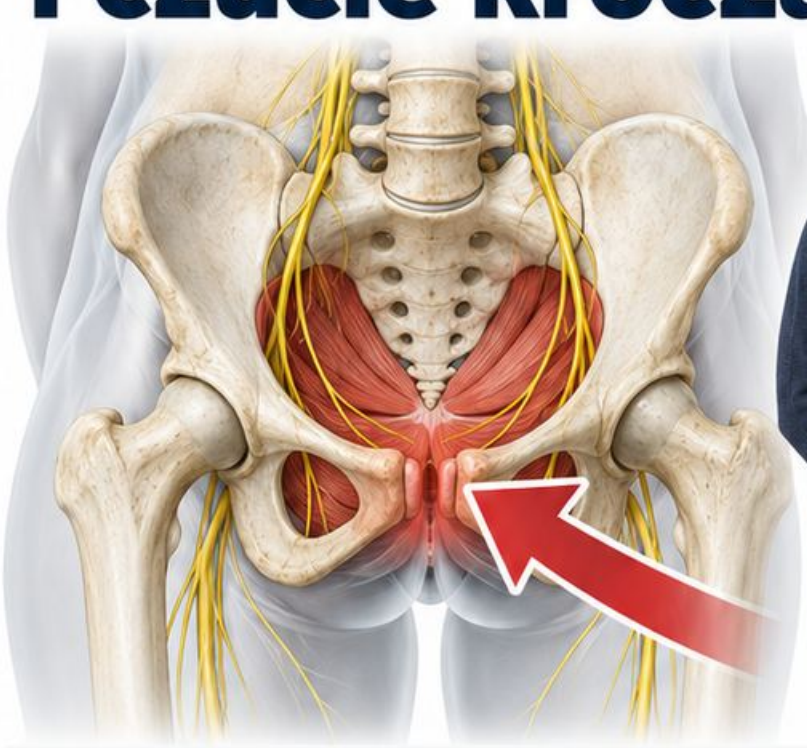
ZAPIS: Początek — godzina: _____ Strona: _____ Funkcja: _____

POGŁĘB: Odróżnij ograniczenie przez ból od utraty siły, nie opóźniając pomocy. Zapisz narastanie i ostatni czas bez objawów.

DALEJ: Nagła jednostronna słabość lub zaburzenia mowy: **112/999**. Szybko postępujące osłabienie wymaga natychmiastowej oceny lekarskiej.

Objawy zwieraczowe i czucie krocza

KARTA 24 / 30







Dane: identyfikator ___ Data ___

PYTANIA

1	Czy ma Pan/Pani nowe trudności z rozpoczęciem oddawania moczu?
2	Czy zmieniło się u Pana/Pani czucie przepływu moczu lub opróżniania pęcherza?
3	Czy pojawiło się u Pana/Pani nietrzymanie moczu albo stolca?
4	Czy odczuwa Pan/Pani nowe drętwienie krocza lub okolicy odbytu?
5	Czy wraz z bólem pleców zmieniła się u Pana/Pani funkcja seksualna?

ZAPIS: Nowy objaw: ___ Początek: ___ Ból pleców lub nóg: ___

POGŁĘB: Pytaj dyskretnie i bez oceniania. Nie czekaj na nietrzymanie ani pełny zestaw objawów.

DALEJ: Nowe objawy z bólem pleców lub nóg: natychmiastowa ocena w SOR pod kątem ucisku nerwów; przy ciężkim stanie 112/999. Przerwij badanie.

Ból w klatce i duszność

KARTA 25 / 30



Dane: identyfikator _____ Data _____

PYTANIA

1. Czy odczuwa Pan/Pani teraz ból lub ucisk w klatce piersiowej?
2. Czy duszność zaczęła się u Pana/Pani nagle?
3. Czy ból rozchodzi się u Pana/Pani do ramienia, pleców lub żuchwy?
4. Czy wystąpiły u Pana/Pani zimne poty, omdlenie albo nudności?
5. Czy objawy pojawiły się u Pana/Pani w spoczynku lub podczas wysiłku?

ZAPIS: Początek: _____ Objawy obecne teraz: _____ Działanie: _____

POGŁĘB: Ustal tylko informacje potrzebne do pomocy. Nie próbuj wykluczać zagrożenia uciskiem mięśnia ani ruchem.

DALEJ: Nowy ból w klatce z dusznością, omdleniem lub potami: dzwoń 112/999. Przerwij zabieg, zapewnij bezpieczną pozycję i stosuj polecenia dyspozytora.

Obrzęk i zmiana wyglądu kończyny

KARTA 26 / 30



PYTANIA

1. Kiedy zauważył/zauważyła Pan/Pani obrzęk?
2. Czy dotyczy u Pana/Pani jednej kończyny, czy obu?
3. Czy kończyna stała się u Pana/Pani bolesna, ciepła lub zaczerwieniona?
4. Czy miał/miała Pan/Pani ostatnio operację, unieruchomienie lub długą podróż?
5. Czy występuje u Pana/Pani także duszność albo ból w klatce?

Dane: identyfikator _____ Data _____

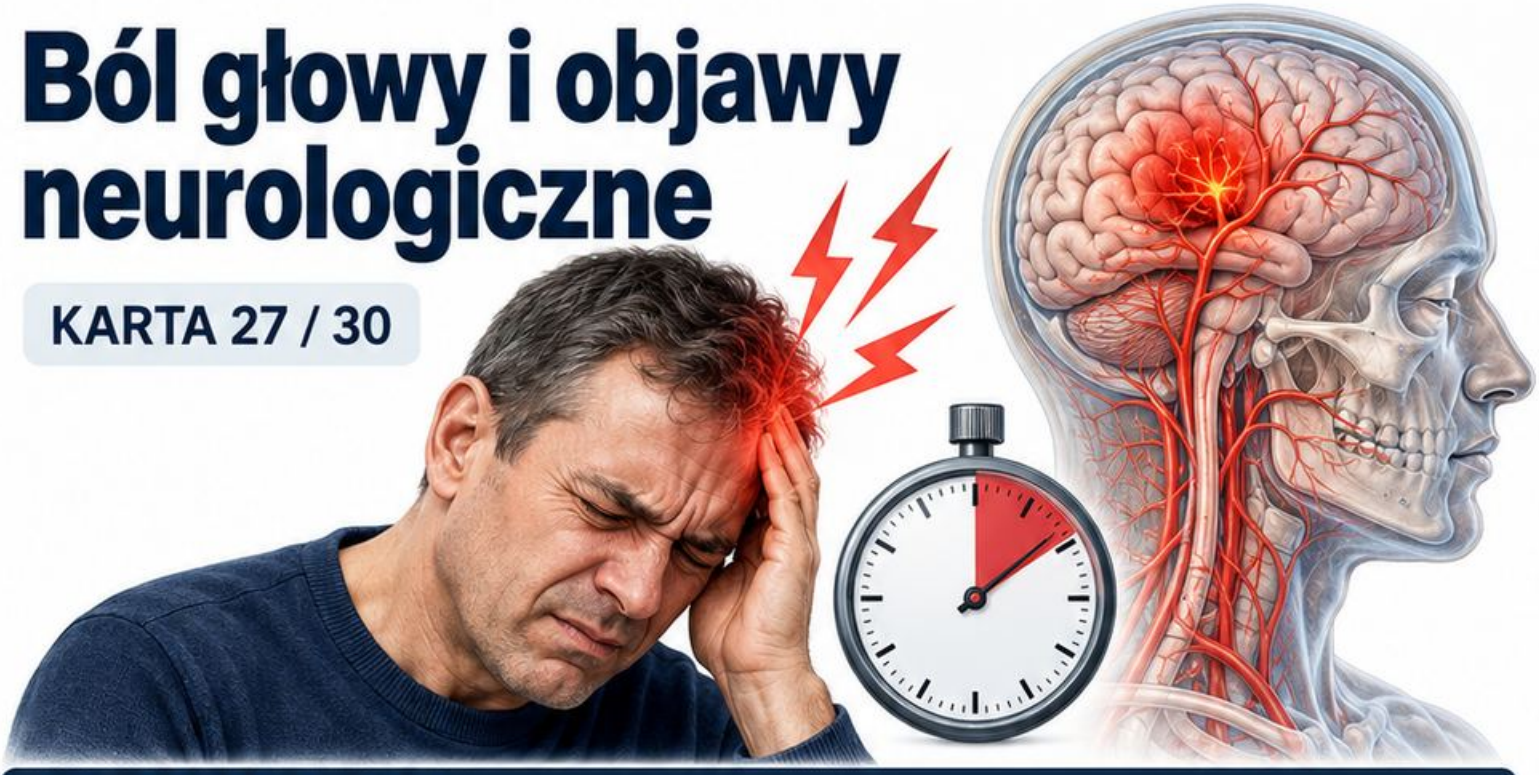
ZAPIS: Strona i początek: _____ Wygląd: _____ Objawy towarzyszące: _____

POGŁĘB: Nie masuj nowego niewyjaśnionego obrzęku. Zbierz informacje bez prowokacyjnego uciskania łydki.

DALEJ: Nowy jednostronny obrzęk wymaga pilnej oceny lekarskiej tego samego dnia. Z dusznością lub bólem klatki: **112/999.** Nagła zimna, blada kończyna: natychmiastowa pomoc.

Ból głowy i objawy neurologiczne

KARTA 27 / 30



PYTANIA

1. Czy ten ból głowy jest dla Pana/Pani nowy lub wyraźnie inny?
2. Jak szybko ból osiągnął u Pana/Pani największe nasilenie?
3. Czy występuje u Pana/Pani osłabienie, zaburzenie mowy lub widzenia?
4. Czy miał/miała Pan/Pani uraz głowy, gorączkę lub sztywność karku?
5. Czy pojawiły się u Pana/Pani omdlenie, splątanie albo trudności z chodzeniem?

Dane: identyfikator ____ Data ____

ZAPIS: Początek i narastanie: ____ Objawy: ____ Działanie: ____

POGŁĘB: Nie zakładaj mięśniowego pochodzenia nowego bólu głowy. Nie odkładaj pomocy do zakończenia badania karku.

DALEJ: Nagły bardzo silny ból, objawy udaru lub zaburzenia świadomości: 112/999. Gorączka ze sztywnością karku wymaga natychmiastowej oceny medycznej.

Obawy, przekonania i oczekiwania

KARTA 28 / 30



Dane: identyfikator _____ Data _____

PYTANIA

1. **Co najbardziej niepokoi Pana/Panią w związku z objawami?**
   _____
2. **Jak Pan/Pani rozumie ich możliwą przyczynę?**
   _____
3. **Czy unika Pan/Pani czynności z obawy przed uszkodzeniem ciała?**
   _____
4. **Jakie informacje lub wcześniejsze doświadczenia wpłynęły na Pana/Pani przekonania?**
   _____
5. **Czego oczekuje Pan/Pani od proponowanej oceny i dalszego postępowania?**
   _____

ZAPIS: Obawa: _____ Przekonanie: _____ Oczekiwanie: _____

POGŁĘB: Wysłuchaj bez oceniania. Sprawdź rozumienie informacji i zapytaj, co pomogłoby zwiększyć poczucie bezpieczeństwa.

DALEJ: Uzgodnij wyjaśnienie oraz realistyczny cel. Nie sprowadzaj wszystkich objawów do stresu ani nie obiecuj pewnego wyniku.

Zasoby, wsparcie i cele

KARTA 29 / 30



Dane: identyfikator ___ Data ___

PYTANIA

1.	Co pomaga Panu/Pani radzić sobie w trudniejszym dniu?	
2.	Na czyją pomoc może Pan/Pani liczyć w domu lub pracy?	
3.	Jakie warunki mogą utrudnić Panu/Pani realizację zaleceń?	
4.	Jaką małą zmianę może Pan/Pani realnie wprowadzić w tym tygodniu?	
5.	Po czym pozna Pan/Pani, że zmiana jest pomocna?	

ZAPIS: Wsparcie: ___ Przeszkoda: ___ Mały cel i termin: ___

POGŁĘB: Uwzględnij koszty, czas, transport, opiekę nad bliskimi i preferencje. Ustal cel wspólnie, zamiast zakładać dostępność pomocy.

DALEJ: Zapisz konkretną czynność i termin sprawdzenia postępu. Dostosuj plan do rzeczywistych możliwości pacjenta.

Podsumowanie i plan dalszej oceny



Dane: identyfikator ____ Data ____

PYTANIA

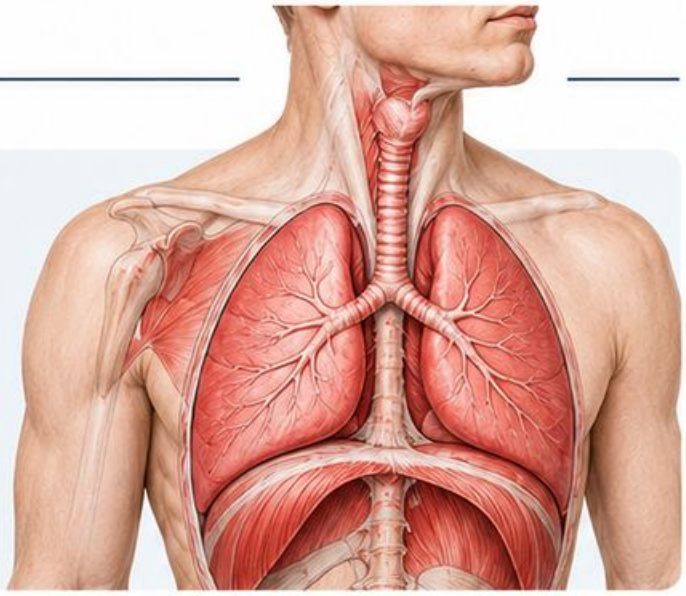
1.	Czy dobrze zrozumiałem najważniejszy problem zgłoszony przez Pana/Panią?	
2.	Który cel chce Pan/Pani potraktować jako pierwszy?	
3.	Czy zgadza się Pan/Pani na zaproponowany zakres dalszej oceny?	
4.	Co może utrudnić Panu/Pani wykonanie ustalonego planu?	
5.	Czy może Pan/Pani własnymi słowami powtórzyć, kiedy należy pilnie szukać pomocy?	

ZAPIS: Priorytet: ____ Zgoda: ____ Działanie i termin: ____

POGŁĘB: Oddziel dane z wywiadu od hipotezy. Wpisz niewyjaśnione kwestie i potrzebne konsultacje; nie zamieniaj braku danych w odpowiedź przeczącą.

DALEJ: Zapisz kto, co i kiedy zrobi. Przy alarmujących objawach zorganizuj pomoc teraz, bez oczekiwania na kolejną wizytę.

Źródła — 1

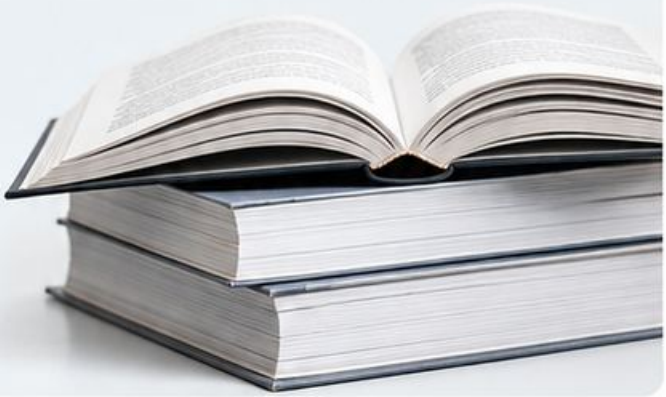


[3] **Lewko A., Pyszora A. Badanie fizjoterapeutyczne pacjenta z dysfunkcją układu oddechowego. Krajowa Izba Fizjoterapeutów, 2020.**

kif.info.pl • Biblioteka wiedzy i praktyki fizjoterapeuty

Wykorzystano ogólne zasady zbierania wywiadu, uwzględniania stanu ogólnego i informacji z dokumentacji. Publikacja dotyczy fizjoterapii oddechowej.

[4] **Krajowa Rada Fizjoterapeutów. Wytyczne do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej. Wydanie drugie, Warszawa 2023.**



kif.info.pl • Wytyczne KIF

Podstawa organizacji zapisu stanu początkowego, funkcji, celu i zmian podczas postępowania.

Karty są opracowaniem autorskim. Nie są formularzem zatwierdzonym przez KIF ani kompletną dokumentacją wymaganą w placówce.

Pełne odnośniki: bump-2-fontes.md. Numeracja odpowiada bibliografii całego zestawu.



IMIĘ I NAZWISKO:

DATA WIZYTY:

POWÓD WIZYTY:

WYWIAD:

CEL FIZJOTERAPII:

STAN POCZĄTKOWY:

PLAN POSTĘPOWANIA:

ZMIANY PODCZAS POSTĘPOWANIA:

Źródła — 2

[5] NICE NG59. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management.

nice.org.uk/guidance/ng59

Uwzględniono potrzebę oceny innych przyczyn dolegliwości i ostrożnego interpretowania wyników obrazowania. Wytyczne dotyczą bólu lędźwiowego u osób powyżej 16 lat.



[6] NICE NG127. Suspected neurological conditions: recognition and referral. Zalecenia dla dorosłych powyżej 16 lat.

nice.org.uk/guidance/ng127

Uwzględniono pilność nowych zaburzeń zwieraczowych, czucia krocza oraz nagłego lub postępującego osłabienia.



[9] Konsensus IOC dotyczący obciążeń i ryzyka urazów, 2016. DOI: 10.1136/bjsports-2016-096581.

[16] NICE NG158 — podejrzenie zakrzepicy i zatorowości. [17] NICE NG38 — podejrzenie złamania.

[32] NICE NG219 — podejrzenie zakażenia stawu: natychmiastowe skierowanie. [33] NHS Right Decisions — ostre niedokrwienie kończyny: natychmiastowa pomoc specjalistyczna.



Brytyjskie ścieżki organizacyjne NICE nie są polskimi procedurami. W Polsce zagrożenie życia wymaga kontaktu 112/999; organizację konsultacji dostosuj do stanu pacjenta i lokalnych możliwości.

1 Moje wnioski z tych źródeł

2 Jak wykorzystam tę wiedzę w praktyce

3 Dodatkowe pytania do dalszego zgłębienia

