



Karty kliniczne do akupunktury do druku



Profesjonalny zestaw kart klinicznych
do wywiadu, oceny, terapii i monitorowania pacjenta



WYWIAD



OCENA
POCZĄTKOWA



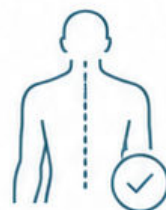
SKALA
BÓLU



PLAN
TERAPII



REJESTR
PUNKTÓW



MONITOROWANIE
POSTĘPÓW





Prawa autorskie i informacje o użytku profesjonalnym



1

Prawa autorskie

Ten materiał jest chroniony prawem autorskim. Przeznaczony jest wyłącznie do osobistego użytku lub użytku profesjonalnego na podstawie licencji. Kopiowanie, rozpowszechnianie, odsprzedaż lub udostępnianie osobom trzecim – w całości lub w części – jest zabronione.

2

Przeznaczenie

Karty kliniczne wspierają organizację dokumentacji w praktyce akupunktury. Nie zastępują wiedzy medycznej ani indywidualnej oceny klinicznej.

3

Użytkowanie profesjonalne

Formularze powinny być dostosowane do procedur stosowanych w Twoim gabinecie oraz do obowiązujących przepisów prawnych i standardów dokumentacji medycznej.

4

Ważna informacja

Produkt ma charakter edukacyjny i organizacyjny. Odpowiedzialność za decyzje kliniczne oraz prowadzenie dokumentacji medycznej spoczywa wyłącznie na profesjonalście.



Pamiętaj

- Chronić poufność danych pacjentów zgodnie z przepisami RODO.
- Wypełniaj formularze rzetelnie i kompletnie.
- Przechowuj dokumentację w bezpieczny sposób.



Spis Treści

Kompletny układ zestawu kart klinicznych



- 00 — Okładka
- 01 — Prawa autorskie i informacje o użytku profesjonalnym
- 02 — **Spis treści**
- 03 — Wprowadzenie i powitanie

Moduł 01 — Organizacja i bezpieczeństwo dokumentacji

- 04 — Dane pacjenta i informacje kontaktowe
- 05 — Zgody i oświadczenia
- 06 — Sposób kontaktu i preferencje komunikacji
- 07 — Anamneza chorób i przebieg leczenia
- 08 — Historia terapii akupunkturą
- 09 — Informacje o ubezpieczeniu
i danych administracyjnych

Moduł 02 — Pełny wywiad i ocena początkowa

- 10 — Główne dolegliwości i cele terapii
- 11 — Obecna historia dolegliwości
- 12 — Przegląd układów ciała
- 13 — Sen, energia i nastrój
- 14 — Dieta i styl życia
- 15 — Historia medyczna i leki
- 16 — Ocena języka i pulsu
- 17 — Temperatura i potliwość
- 18 — Stan skóry i inne obserwacje
- 19 — Podsumowanie oceny początkowej

Moduł 03 — Plan terapii i zapis zabiegu

- 20 — Diagnoza w ujęciu medycyny chińskiej
- 21 — Formuła leczenia i strategia
- 22 — Wybrane punkty akupunktury
- 23 — Ustawienie i szczegóły zabiegu
- 24 — Uwagi podczas zabiegu
- 25 — Inne zastosowane techniki
- 26 — Zalecenia dla pacjenta
- 27 — Plan kolejnych wizyt

Moduł 04 — Ewaluacja postępów i reakcji

- 28 — Ocena postępów subiektywnych
- 29 — Ocena postępów obiektywnych
- 30 — Reakcje na terapię
- 31 — Modyfikacje planu terapii
- 32 — Notatki z kolejnych wizyt
- 33 — Ciągłość terapii
- 34 — Edukacja pacjenta i przestrzeganie zaleceń
- 35 — Podsumowanie ewaluacji

Moduł 05 — Kontrola po terapii i zamknięcie procesu

- 36 — Ocena końcowa i wyniki terapii
- 37 — Zalecenia po terapii
- 38 — Plan utrzymania efektów
- 39 — Zakończenie terapii i podsumowanie



Wprowadzenie i powitanie



Dziękujemy za zaufanie i wybór naszego zestawu kart klinicznych do akupunktury. Został on stworzony z myślą o akupunkturzystach, którzy chcą prowadzić dokumentację w sposób uporządkowany, przejrzysty i zgodny z dobrymi praktykami. Karty pomogą Ci zebrać kluczowe informacje, zaplanować terapię, notować przebieg wizyt, śledzić zmiany dolegliwości i monitorować długoterminowe efekty leczenia.



1 Co zawiera zestaw

- Komplet kart wspierających pełną dokumentację procesu terapeutycznego.
- Narzędzia do wywiadu, oceny, planowania terapii i notatek z wizyt.
- Skala bólu oraz rejestr punktów dla przejrzystego monitorowania.
- Wsparcie w obserwacji postępów i długoterminowej ocenie efektów.
- Karty gotowe do wydruku i natychmiastowego użycia.



2 Jak pracować z kartami

1. **Pierwsza wizyta:** wywiad, ocena początkowa i plan terapii.
2. **Każda wizyta:** notatki z terapii, zastosowane punkty i obserwacje.
3. **Monitorowanie:** skala bólu i postępów pacjenta.
4. **Przegląd:** okresowa ocena skuteczności i modyfikacja planu.
5. **Kontynuacja:** spójna dokumentacja wizyt i długoterminowe rezultaty.



3 Najważniejsze korzyści

- Porządek i pełna kontrola nad dokumentacją.
- Spójność i profesjonalizm w prowadzeniu gabinetu.
- Oszczędność czasu dzięki przejrzystym formularzom.
- Łatwe porównywanie wyników i postępów terapii.
- Czytelna historia leczenia dla pacjenta i terapeuty.



Dobra praktyka

Uzupełniaj karty systematycznie i rzetelnie.
Dostosuj je do potrzeb pacjenta oraz specyfiki swojego gabinetu.



Moduł 01



Organizacja i bezpieczeństwo dokumentacji



Dokumenty wstępne, identyfikacja pacjenta,
zgoda i kwalifikacja do terapii





Jak korzystać z zestawu kart



1

Przed pierwszą wizytą

- Wydrukuj zestaw kart i przygotuj notes lub teczkę na dokumentację.
- Zapoznaj się ze strukturą kart i legendą użytych skrótów.
- Dostosuj szablony kart do własnych procedur i potrzeb gabinetu.
- Zadbaj o zgodność z RODO – poinformuj pacjentów o przetwarzaniu danych.

2

Podczas pierwszej konsultacji

1. Wypełnij kartę wywiadu i ocenę początkową.
2. Ustal plan terapii i zapisz założenia.
3. Zarejestruj punkty, ustawienia i przebieg zabiegu.
4. Ustal zalecenia oraz plan kolejnych wizyt.

3

W kolejnych wizytach

- Dokonaj aktualizacji wywiadu i oceny skali bólu.
- Zarejestruj wykonane punkty i parametry zabiegu.
- Monitoruj postępy i modyfikuj plan terapii w razie potrzeby.
- Zapisuj zalecenia domowe oraz najbliższy termin wizyty.

4

Po zakończeniu serii

- Przeprowadź końcową ocenę efektów terapii.
- Podsumuj przebieg leczenia i osiągnięte rezultaty.
- Zaplanuj działania podtrzymujące i dalsze monitorowanie.



Wskazówka praktyczna

Regularnie uzupełniaj karty, zapisuj czytelnie i porównuj efekty pomiędzy wizytami. To ułatwia ocenę skuteczności terapii i wspiera profesjonalne prowadzenie dokumentacji.



Karta identyfikacyjna pacjenta



Imię i nazwisko



Data urodzenia

____ - ____ - ____



PESEL / numer identyfikacyjny



Telefon



E-mail



Adres



Osoba do kontaktu



Telefon kontaktowy



Zawód



Źródło skierowania



Data rozpoczęcia terapii

____ - ____ - ____



Terapeuta prowadzący



Preferowany sposób kontaktu

☐ Telefon

☐ E-mail

☐ SMS

☐ Inny:



Dane dodatkowe



Informacja dla pacjenta i świadoma zgoda



1

Pacjent został poinformowany o

- ☐ celu terapii oraz spodziewanych efektach
- ☐ możliwych odczuciach po zabiegu
- ☐ zaleceniach po zabiegu
- ☐ możliwości zadawania pytań

2

Przeciwwskazania i bezpieczeństwo

- Zabieg wykonywany jest z zachowaniem zasad higieny i sterylności.
- Istnieją przeciwwskazania do terapii, które terapeuta wyklucza podczas wywiadu.
- W razie dolegliwości lub niepokojących objawów po zabiegu należy skontaktować się z terapeutą.

3

Oświadczam, że...

- ☐ otrzymałem(am) wyczerpujące informacje na temat planowanej terapii.
- ☐ miałem(am) możliwość zadania pytań i uzyskałem(am) na nie odpowiedzi.
- ☐ informuję o wszystkich istotnych dla zdrowia schorzeniach i przyjmowanych lekach.
- ☐ dobrowolnie wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu akupunktury.

4

Podpisy

Imię i nazwisko pacjenta

Podpis pacjenta

Data

Podpis terapeuty



Uwaga

Wszelkie wątpliwości i pytania omów przed zabiegiem z terapeutą.



Wstępna kwalifikacja i bezpieczeństwo



1 Powód kwalifikacji

2 Krótki wywiad bezpieczeństwa

TAK NIE

Czy jesteś w ciąży?	☐	☐
Czy przyjmujesz leki przeciwzakrzepowe?	☐	☐
Czy występują u Ciebie zaburzenia krzepnięcia krwi?	☐	☐
Czy masz gorączkę lub aktywną infekcję?	☐	☐
Czy zdarzały Ci się omdlenia po zabiegach?	☐	☐
Czy masz rozrusznik serca lub inne implanty elektroniczne?	☐	☐
Czy chorujesz na choroby przewlekłe?	☐	☐
Czy występują aktywne zmiany skórne w obszarze zabiegu?	☐	☐

3 Sygnały alarmowe



- ☐ Silny ból w klatce piersiowej lub duszność
- ☐ Nagłe zaburzenia widzenia, mowy lub równowagi
- ☐ Niewyjaśniona utrata masy ciała
- ☐ Krwimocz / krew w stolcu
- ☐ Inne niepokojące objawy ogólne

Uwagi / dodatkowe informacje:

4 Decyzja przed rozpoczęciem terapii

- ☐ Można rozpocząć terapię ☐ Wymagana ostrożność ☐ Należy odroczyć zabieg

Uzasadnienie / uwagi:



Główna dolegliwość i cele pacjenta



1 Główna dolegliwość

2 Od kiedy występuje

Jak często występuje

3 Co nasila objawy

Co łagodzi objawy

4 Wpływ na codzienne funkcjonowanie

5 Cele pacjenta

6 Priorytet celu

Najmniej ważny

Najważniejszy

7 Oczekiwane rezultaty terapii



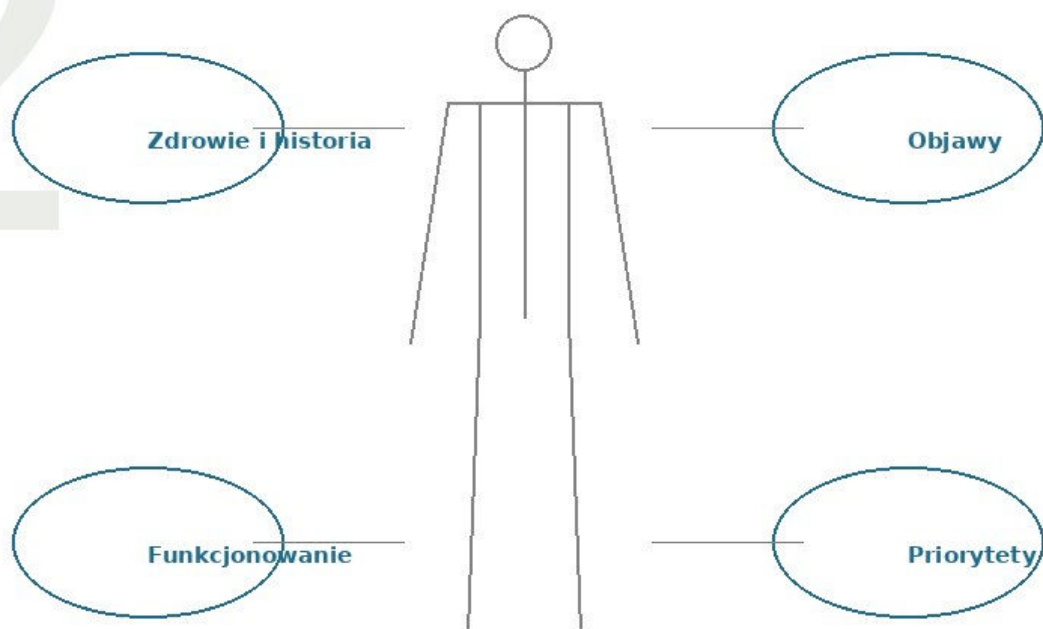


Pełny wywiad i ocena początkowa

Zbierz informacje potrzebne do zrozumienia sytuacji pacjenta

MODUŁ 2

2



Historia

Objawy

Funkcjonowanie

Priorytety

Nie oceniaj pojedynczego objawu w oderwaniu od całego obrazu.

Wypełnij tylko te części, które są istotne dla danego pacjenta i mieszczą się w zakresie Twoich kompetencji.



Historia zdrowotna pacjenta

1 Aktualne rozpoznania medyczne

Rozpoznanie lub problem zdrowotny	Od kiedy?	Osoba lub placówka prowadząca	Aktualny stan

2 Przebyte choroby i ważne zdarzenia zdrowotne

- ☐ Choroby układu krążenia
- ☐ Choroby układu oddechowego
- ☐ Choroby neurologiczne
- ☐ Choroby metaboliczne
- ☐ Choroby autoimmunologiczne
- ☐ Choroby onkologiczne
- ☐ Problemy skórne
- ☐ Problemy mięśniowo-szkieletowe
- ☐ Problemy psychiczne lub emocjonalne
- ☐ Inne istotne problemy

3 Operacje, hospitalizacje i urazy

Rok lub data	Rodzaj zdarzenia	Obszar ciała	Aktualne konsekwencje

4 Badania i konsultacje

Ostatnie istotne badania: _____

Data badań: _____

Najważniejsze informacje przekazane przez pacjenta: _____

Planowane badania lub konsultacje: _____

5 Zmiany w ostatnich miesiącach

- ☐ Nowa diagnoza
- ☐ Nowy lek
- ☐ Operacja
- ☐ Uraz
- ☐ Hospitalizacja
- ☐ Cięża
- ☐ Znaczna zmiana masy ciała
- ☐ Silne wydarzenie stresowe
- ☐ Zmiana aktywności zawodowej
- ☐ Inna ważna zmiana

Opis zmiany i jej możliwy związek z obecną dolegliwością: _____

6 Informacje wymagające uzupełnienia

Dokumenty, wyniki lub konsultacje, o które należy poprosić pacjenta: _____

Zapisuj rozpoznania jako informacje zgłoszone przez pacjenta lub wynikające z dokumentacji.

1

Aktualnie stosowane leki

Nazwa	Dawka	Jak często?	Powód stosowania	Od kiedy?

☐ Pacjent nie stosuje obecnie leków.

2

Suplementy i preparaty ziołowe

Nazwa preparatu	Skład lub główny składnik	Częstotliwość	Cel stosowania

Jeżeli pacjent nie zna nazwy preparatu, poproś o przyniesienie opakowania lub zdjęcia etykiety.

3

Alergie i nadwrażliwości

- ☐ Leki
 ☐ Lateks
 ☐ Plastry lub kleje
 ☐ Żywność

☐ Metale
 ☐ Środki dezynfekcyjne
 ☐ Zioła
 ☐ Inne

Substancja / rodzaj reakcji / kiedy wystąpiła / czy wymagała pomocy medycznej:

4

Leki i okoliczności wymagające szczególnej uwagi

- ☐ Leki przeciwrzepliwe
 ☐ Leki przeciwplatekcyjne
 ☐ Insulina lub leki przeciwcukrzycowe
 ☐ Leki obniżające ciśnienie
 ☐ Leki uspokajające lub nasenne
 ☐ Leki przeciwpadaczkowe
 ☐ Leki immunosupresyjne
 ☐ Steroidy
 ☐ Inne istotne leki

Znaczenie dla planowanego postępowania i środki ostrożności:

5

Wcześniejsze doświadczenia i inne terapie

- ☐ Akupunktura wcześniej: Tak / Nie
 ☐ Trening medyczny

☐ Fizjoterapia
 ☐ Leczenie farmakologiczne

☐ Masaż
 ☐ Dieta kliniczna

☐ Psychoterapia
 ☐ Inne terapie uzupełniające

Korzyści, reakcje, obawy lub preferencje pacjenta:

Jak często i z jakiego powodu?



Szczegółowy wywiad dotyczący bólu

1 Lokalizacja i początek

Główne miejsce bólu:

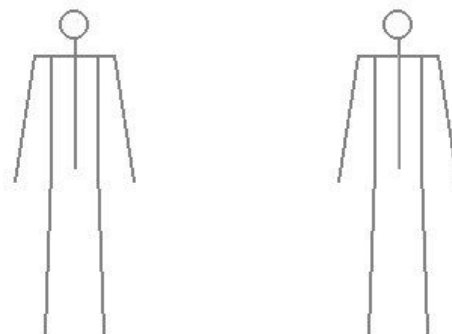
Inne miejsca bólu:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Lewa | ☐ Centralnie |
| ☐ Prawa | ☐ Ból promieniuje |
| ☐ Obustronnie | ☐ Brak promieniowania |

Data lub przybliżony moment rozpoczęcia:

- | | |
|------------------------------------|---|
| ☐ Nagły | ☐ Nawracający |
| ☐ Stopniowy | ☐ Trudny do określenia |

2 Szybka mapa bólu



X — główne miejsce → — promieniowanie //// — obszar rozlany

3 Czas, przebieg i charakter bólu

- | | |
|---|--|
| ☐ Stały | ☐ Kłujący |
| ☐ Okresowy | ☐ Piekący |
| ☐ Nawracający | ☐ Pulsujący |
| ☐ Napadowy | ☐ Rozpierający |
| ☐ Narastający | ☐ Ciągący |
| ☐ Zmniejszający się | ☐ Kurczowy |
| ☐ Bez wyraźnego wzorca | ☐ Dretnienie |
| ☐ Tępy | ☐ Mrowienie |
| ☐ Ostry | ☐ Uczucie ciężkości |

Opis własnymi słowami pacjenta:

4 Nasilenie

Ból teraz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Najmniejszy ból w ostatnich 7 dniach	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Najsilniejszy ból w ostatnich 7 dniach	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

0 — brak bólu 10 — najsilniejszy wyobrażalny ból

5 Co zmienia ból?

Nasilające

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ Ruch | ☐ Ciepło |
| ☐ Pozycja ciała | ☐ Zimno |
| ☐ Siedzenie | ☐ Ucisk |
| ☐ Stanie | ☐ Posiłki |
| ☐ Chodzenie | ☐ Odpoczynek |
| ☐ Wysilek | ☐ Leki |
| ☐ Sen | ☐ Inne |
| ☐ Stres | |

Zmniejszające

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ Ruch | ☐ Ciepło |
| ☐ Pozycja ciała | ☐ Zimno |
| ☐ Siedzenie | ☐ Ucisk |
| ☐ Stanie | ☐ Posiłki |
| ☐ Chodzenie | ☐ Odpoczynek |
| ☐ Wysilek | ☐ Leki |
| ☐ Sen | ☐ Inne |
| ☐ Stres | |

6 Wpływ funkcjonalny

Sen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ruch	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nastroj	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Praca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aktywność fizyczna	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Obowiązki	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jedna czynność, którą pacjent najbardziej chce odzyskać lub poprawić:



Sen, energia, aktywność i poziom stresu

1 Sen

Zwykle kładę się spać o / wstaję o / liczba godzin snu:

- | | |
|--|--|
| ☐ Sen spokojny | ☐ Sen płytki |
| ☐ Trudności z zasypianiem | ☐ Intensywne sny |
| ☐ Częste wybudzenia | ☐ Ból zakłóca sen |
| ☐ Zbyt wczesne budzenie | ☐ Brak regeneracji rano |

Jakość snu¹ w ostatnich 7 dniach

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2 Energia

Rano ☐ Niska ☐ Średnia ☐ Wysoka

Przed południem ☐ Niska ☐ Średnia ☐ Wysoka

Po południu ☐ Niska ☐ Średnia ☐ Wysoka

Wieczorem ☐ Niska ☐ Średnia ☐ Wysoka

Ogólny poziom energii

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kiedy energia wyraźnie spada?

3 Aktywność i ruch

- | | |
|---|--|
| ☐ Praca siedząca | ☐ Regularne ćwiczenia |
| ☐ Praca stojąca | ☐ Nieregularne ćwiczenia |
| ☐ Praca fizyczna | ☐ Brak aktualnej aktywności |

Rodzaj aktywności:

Liczba dni w tygodniu:

Przeciętny czas jednej aktywności:

Co ogranicza aktywność?

4 Obciążenie dnia codziennego

Obciążenie¹ pracą

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Obciążenie² obowiązkami domowymi

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zmęczenie³ fizyczne

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zmęczenie⁴ psychiczne

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5 Stres

Poziom stresu w ostatnich 7 dniach

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Najważniejsze aktualne źródła stresu:

Jak stres wpływa na objawy?

Co pomaga pacjentowi się uspokoić lub zregenerować?

6 Zasoby pacjenta

- | | |
|---|---|
| ☐ Wsparcie bliskich | ☐ Relaksacja |
| ☐ Odpoczynek | ☐ Rozmowa ze specjalistą |
| ☐ Ruch | ☐ Hobby |
| ☐ Kontakt z naturą | ☐ Inne |
| ☐ Techniki oddechowe | |

Najbardziej pomocna strategia:



Odżywianie, trawienie i wypróżnianie

1 Codzienny rytm posiłków

Liczba posiłków dziennie:

Typowe godziny posiłków:

Najczęściej pomijany posiłek:

Największy posiłek w ciągu dnia:

☐ Je w pośpiechu: Często

☐ Głód regularny: Tak

☐ Czasami

☐ Nie

☐ Rzadko

☐ Różnie

2 Apetyt i nawodnienie

☐ Prawidłowy

☐ Zmienny

☐ Obniżony

☐ Szybkie uczucie sytości

☐ Zwiększony

☐ Brak wyraźnego głodu

Zmiana apetytu w ostatnim czasie:

Przybliżona ilość płynów i najczęstsze napoje:

☐ Pragnienie: Małe

☐ Napoje: Zimne

☐ Umiarkowane

☐ Letnie

☐ Duże

☐ Ciepłe

3 Objawy po jedzeniu

☐ Wzdęcia

☐ Zgaga

☐ Senność

☐ Pilna potrzeba wypróżnienia

☐ Uczucie pełności

☐ Odbijanie

☐ Biegunka

☐ Brak dolegliwości

☐ Ból brzucha

☐ Nudności

☐ Zaparcie

☐ Inne

Po jakich produktach lub posiłkach objawy są częstsze?

Jak szybko po posiłku się pojawiają?

4 Wypróżnianie

Typowa częstotliwość:

Zmiana częstotliwości: Tak / Nie

Wysiłek: Brak / Niewielki / Duży

Uczucie niepełnego wypróżnienia: Tak / Nie

☐ Uformowany stolec

☐ Wodnisty

☐ Twardy lub suchy

☐ Zmienny

☐ Luźny

☐ Trudny do opisanie

Inne obserwacje zgłoszone przez pacjenta:

5 Masa ciała

☐ Niezamierzona zmiana masy

☐ Omówiono z lekarzem: Tak

☐ Nie

☐ Nie

☐ Nie wiem

☐ Nie dotyczy

Przybliżona zmiana i okres:

Dodatkowe informacje:

6 Informacje wymagające dalszej oceny

Objaw, zmiana lub informacja, której nie należy pomijać:

Uzgodnione dalsze postępowanie:

Formularz służy do dokumentowania informacji i nie zastępuje diagnostyki gastroenterologicznej ani konsultacji dietetycznej.

Zdrowie menstruacyjne, reprodukcyjne i ciąża

KARTA OPCJONALNA – wypełnij tylko wtedy, gdy informacje są istotne dla celu wizyty i pacjent wyraża zgodę.

1 Cykl menstruacyjny

Pierwszy dzień ostatniej miesiączki: _____

Typowa długość cyklu: _____

Typowy czas krwawienia: _____

- | | |
|--|--|
| ☐ Cykl regulamy | ☐ Okres okołomenopauzalny |
| ☐ Nieregulamy | ☐ Po menopauzie |
| ☐ Brak miesiączki | ☐ Nie dotyczy |

2 Charakterystyka miesiączki

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ Skąpe | ☐ Ból po |
| ☐ Umiarkowane | ☐ Zmiana nastroju |
| ☐ Obfite | ☐ Ból głowy |
| ☐ Skrzępy | ☐ Zmęczenie |
| ☐ Plamienia | ☐ Problemy ze snem |
| ☐ Ból przed | ☐ Inne |
| ☐ Ból podczas | |

Najsilniejszy ból związany z miesiączką: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Najbardziej uciążliwy objaw: _____

3 Zdrowie reprodukcyjne

- ☐ Diagnostyka lub leczenie płodności: Tak / Nie / Nie dotyczy
- ☐ Antykoncepcja hormonalna: Tak / Nie / Nie dotyczy
- ☐ Hormonalna terapia zastępcza: Tak / Nie / Nie dotyczy

Rozpoznane problemy ginekologiczne lub urologiczne istotne dla wizyty: _____

4 Ciąża

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ Ciąża: Tak | ☐ Nie dotyczy |
| ☐ Nie | ☐ Prowadzona przez lekarza lub |
| ☐ Możliwe | ☐ Nie |

Aktualny tydzień / przewidywany termin porodu: _____

Komplikacje, zalecenia i informacje istotne dla bezpieczeństwa: _____

5 Okres po porodzie

Data porodu: _____

Sposób porodu — jeżeli istotny dla wizyty: _____

- ☐ Karmienie piersią: ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Aktualne dolegliwości lub ograniczenia: _____

6 Menopauza

- | | |
|---|--|
| ☐ Uderzenia gorąca | ☐ Suchość |
| ☐ Nocne poty | ☐ Zmęczenie |
| ☐ Problemy ze snem | ☐ Ból mięśni lub stawów |
| ☐ Zmiany nastroju | ☐ Inne |

Objaw o największym wpływie na codzienne funkcjonowanie: _____

7 Informacje i bezpieczeństwo

Informacje przekazane przez pacjenta i ustalone środki ostrożności: _____

Nie zakładaj ciąży ani sytuacji reprodukcyjnej na podstawie wyglądu, wieku lub stanu cyklu. Zadawaj pytania neutralnie i wyłącznie w uzasadnionym zakresie.

Kwestionariusz obserwacji według tradycyjnej medycyny chińskiej

Obserwacje w ujęciu tradycyjnej medycyny chińskiej należy interpretować łącznie z wywiadem i sytuacją pacjenta. Pojedyncza odpowiedź nie stanowi rozpoznania.

1 Odczuwanie temperatury

- | | |
|---|--|
| ☐ Często odczuwa zimno | ☐ Naprzemienne zimno i gorąco |
| ☐ Często odczuwa gorąco | ☐ Nocne poty |
| ☐ Zimne dłonie lub stopy | ☐ Potliwość w dzień |
| ☐ Uderzenia gorąca | ☐ Brak charakterystycznego wzorca |

Dodatkowe obserwacje:

2 Pragnienie i płyny

- | | |
|---|--|
| ☐ Duże pragnienie | ☐ Napoje zimne |
| ☐ Małe pragnienie | ☐ Suchość w ustach |
| ☐ Częste picie małych ilości | ☐ Pragnienie bez potrzeby picia |
| ☐ Napoje ciepłe | ☐ Brak wzorca |

3 Apetyt i trawienie

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Dobry apetyt | ☐ Wzdęcia |
| ☐ Mały apetyt | ☐ Nudności |
| ☐ Zmienny apetyt | ☐ Luźne stolce |
| ☐ Silny głód | ☐ Zaparcie |
| ☐ Ciężkość po jedzeniu | |

4 Sen

- | | |
|---|--|
| ☐ Trudność z zasypianiem | ☐ Sen niespokojny |
| ☐ Częste wybudzenia | ☐ Nadmierna senność |
| ☐ Wczesne budzenie | ☐ Brak regeneracji |
| ☐ Intensywne sny | ☐ Bez istotnych trudności |

5 Emocje i reakcja na stres

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ Napięcie | ☐ Zmartwianie się |
| ☐ Drażliwość | ☐ Trudność z koncentracją |
| ☐ Niepokój | ☐ Przeciążenie |
| ☐ Smutek | ☐ Wahania emocjonalne |

Dodatkowe obserwacje:

6 Ból i odczucia w ciele

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ Ból stały | ☐ Ciężkość |
| ☐ Ból przemieszczający się | ☐ Drętwienie |
| ☐ Nasilany przez ucisk | ☐ Mrowienie |
| ☐ Łagodzony przez ucisk | ☐ Napięcie |
| ☐ Nasilany przez zimno | ☐ Obrzęk |
| ☐ Łagodzony przez ciepło | |

7 Podsumowanie obserwacji

Głos, sposób mówienia, wygląd i inne obserwacje:

Robocza interpretacja w kontekście całego wywiadu:

Terminologia tradycyjnej medycyny chińskiej opisuje tradycyjny model praktyki i nie zastępuje diagnozy medycznej.



Ocena języka i pulsu

Karta dokumentacyjna dla odpowiednio przeszkolonego specjalisty

1 Warunki obserwacji języka

Data / godzina / ostatni posiłek lub napój:

☐ Szczotkował język: Tak / Nie / Nie wiem

☐ Produkt zmieniający kolor: Tak / Nie / Nie wiem

☐ Oświetlenie: Naturalne / Sztuczne / Mieszane

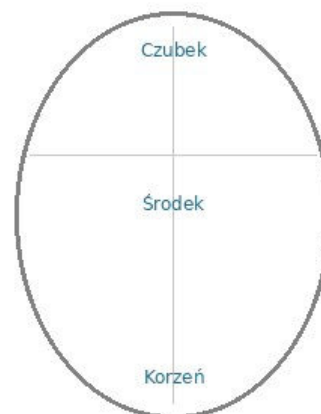
2 Trzon języka i nalot

- | | |
|---|--|
| ☐ Błady | ☐ Krótki |
| ☐ Jasnoróżowy | ☐ Ślady zębów |
| ☐ Czerwony | ☐ Pęknięcia |
| ☐ Ciemnoczerwony | ☐ Drżenie |
| ☐ Sinawy lub fioletowy | ☐ Odchylenie |
| ☐ Obrzęknięty | ☐ Suchy |
| ☐ Cienki | ☐ Lekko wilgotny |
| ☐ Długi | ☐ Bardzo wilgotny |

Nalot:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ Biały | ☐ Równomierny |
| ☐ Żółty | ☐ Korzeń |
| ☐ Szary | ☐ Środek |
| ☐ Brązowy | ☐ Boki |
| ☐ Brak nalotu | ☐ Czubek |
| ☐ Cienki | ☐ Obszary bez nalotu |
| ☐ Średni | ☐ Lepki |
| ☐ Gruby | ☐ Łuszczący się |

3 Schemat języka



Uwagi i oznaczenia:

4 Ocena pulsu

Pozycja pacjenta / czas odpoczynku / ręka dominująca:

Pozycja	Powierzchnowy	Głęboki	Częstotliwość	Siła	Rytm	Jakość

☐ Powierzchnowy

☐ Silny

☐ Napięty

☐ Trudny do oceny

☐ Głęboki

☐ Słaby

☐ Strunowaty

☐ Wolny

☐ Śliski

☐ Cienki

5 Podsumowanie obserwacji

Najważniejsze cechy języka i pulsu:

Zmiana, znaczenie robocze i elementy do ponownej oceny:

Obserwacja języka i pulsu nie powinna być przedstawiana jako potwierdzenie choroby ani zastępować diagnostyki medycznej.



Podsumowanie oceny i priorytety terapeutyczne

1 Najważniejszy problem zgłoszony przez pacjenta

Główna dolegliwość własnymi słowami pacjenta:

Czas trwania / aktualne nasilenie / wpływ na codzienne życie:

2 Najważniejsze informacje z wywiadu

1.

2.

3.

4.

5.

3 Czynniki wpływające na objawy

Możliwe czynniki nasilające

Możliwe czynniki łagodzące

Wymagające dalszej obserwacji

4 Bezpieczeństwo i ograniczenia

- ☐ Brak dodatkowych ograniczeń
- ☐ Potrzebna modyfikacja planu
- ☐ Potrzebna dodatkowa informacja
- ☐ Zalecana konsultacja medyczna
- ☐ Zabieg odroczony
- ☐ Skierowanie poza zakres kompetencji

Uzasadnienie i uzgodnione działanie:

5 Robocze podsumowanie kliniczne

Fakty i potwierdzone informacje:

Relacja pacjenta:

Hipotezy robocze:

6 Priorytety

PRIORYTET 1

Problem lub cel:

Dlaczego ważny?

Jak będzie monitorowany?

PRIORYTET 2

Problem lub cel:

Dlaczego ważny?

Jak będzie monitorowany?

PRIORYTET 3

Problem lub cel:

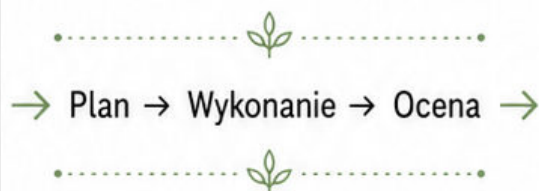
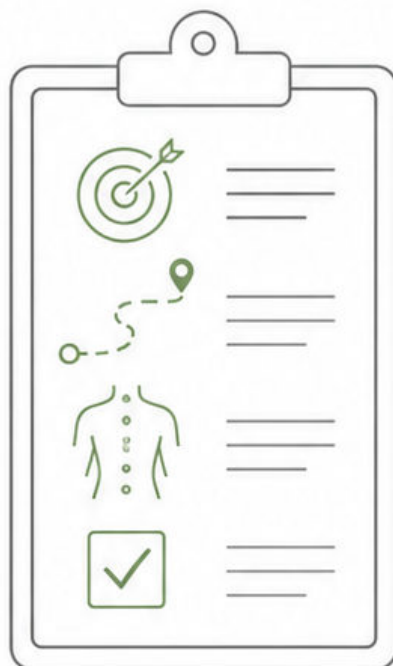
Dlaczego ważny?

Jak będzie monitorowany?

7 Decyzja i termin ewaluacji

- | | |
|--|--|
| ☐ Rozpoczęcie próbnej serii wizyt | ☐ Modyfikacja planu |
| ☐ Jednorazowa sesja i ponowna ocena | ☐ Odroczenie postępowania |
| ☐ Kontynuacja planu | ☐ Skierowanie do innego specjalisty |

Uzasadnienie / data pełnej oceny / liczba wizyt / kryterium zauważalnej poprawy:



MODUŁ 3

Plan terapii i zapis zabiegu



Od jasno określonego celu do czytelnej dokumentacji każdej wizyty

.....
Dobry zapis pozwala odtworzyć przebieg zabiegu,
porównać reakcje i świadomie planować kolejne kroki.



.....
Dokumentuj to, co zostało faktycznie wykonane,
a nie tylko to, co było wcześniej planowane.

Plan serii terapeutycznej



1. Dane planu

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Numer karty pacjenta: _____

Data opracowania planu: _____

Osoba prowadząca: _____

Planowany okres realizacji: _____

Data pierwszej planowanej ewaluacji: _____



2. Główny powód rozpoczęcia serii

Najważniejsza dolegliwość, trudność lub cel zgłoszony przez pacjenta:

Jak długo występuje problem?

Co obecnie najbardziej ogranicza pacjenta?



3. Stan początkowy

Obszar obserwacji	Miara lub sposób oceny	Wynik początkowy	Data
Nasilenie głównego objawu	Skala 0–10		
Wpływ na codzienne funkcjonowanie	Skala 0–10		
Sen	Liczba wybudzeń		
Zakres lub tolerancja aktywności	Minuty spaceru		
Cel indywidualny pacjenta	Skala 0–10		
Inny wskaźnik	Liczba dni z objawem		



4. Cele uzgodnione z pacjentem

CEL 1

Co ma się zmienić? _____

Jak rozpoznamy postęp? _____

Stan początkowy: _____

Termin ponownej oceny: _____

CEL 2

Co ma się zmienić? _____

Jak rozpoznamy postęp? _____

Stan początkowy: _____

Termin ponownej oceny: _____

CEL 3

Co ma się zmienić? _____

Jak rozpoznamy postęp? _____

Stan początkowy: _____

Termin ponownej oceny: _____

..... Cel powinien być zrozumiały, możliwy do obserwowania i istotny dla pacjenta.



5. Proponowana organizacja wizyt

Proponowana liczba wizyt przed pierwszą ewaluacją: _____

Proponowana częstotliwość: _____

Orientacyjny czas jednej wizyty: _____

Termin ponownej pełnej oceny: _____

☐ Plan omówiono z pacjentem.

☐ Pacjent rozumie, że częstotliwość może zostać zmieniona.

☐ Pacjent rozumie, że efektu nie można zagwarantować.

☐ Ustalono sposób monitorowania postępów.



6. Główne kierunki postępowania

Priorytet terapeutyczny 1: _____

Priorytet terapeutyczny 2: _____

Priorytet terapeutyczny 3: _____

Elementy wspierające lub edukacyjne: _____

Obszary, których nie należy obejmować zabiegami: _____

Środki ostrożności: _____



7. Kryteria kontynuacji

☐ Widoczna poprawa głównego objawu

☐ Poprawa codziennego funkcjonowania

☐ Lepsza tolerancja aktywności

☐ Poprawa snu lub regeneracji

☐ Pacjent ocenia terapię jako pomocną

☐ Inne uzgodnione kryterium _____

Minimalna zmiana uznana za zauważalną: _____



8. Kryteria zmiany lub zakończenia planu

☐ Brak zauważalnej zmiany po ustalonym okresie

☐ Nasilenie lub zmiana charakteru objawów

☐ Pojawienie się nowego problemu zdrowotnego

☐ Zdarzenie niepożądane

☐ Zmiana preferencji pacjenta

☐ Osiągnięcie ustalonych celów

☐ Potrzeba konsultacji innego specjalisty

☐ Rezygnacja pacjenta

Dodatkowe kryterium: _____



9. Uzgodnienie planu

Najważniejsze informacje przekazane pacjentowi: _____

Pytania lub obawy pacjenta: _____

Uzgodnione modyfikacje: _____

Podpis specjalisty: _____ Data: _____ Podpis pacjenta — jeżeli stosowany w danej praktyce: _____



Plan jest dokumentem roboczym. Powinien być aktualizowany, gdy zmienia się stan pacjenta, cel terapii, tolerancja zabiegów lub dostępne informacje.



Mapa ciała — lokalizacja objawów i obszarów obserwacji

1 Dane zapisu

Imię i nazwisko pacjenta / numer karty / data / numer wizyty:

☐ Pacjent

☐ Specjalista

☐ Wspólnie

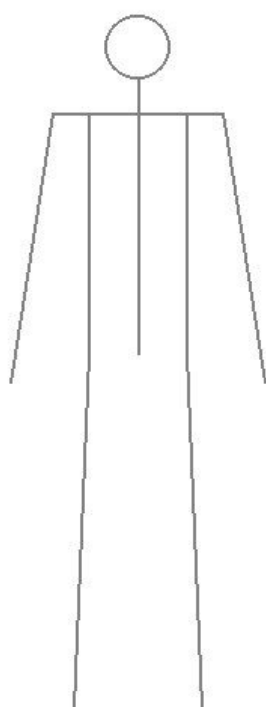
2 Instrukcja oznaczeń

X — główne miejsce ● — największe nasilenie //// — obszar rozlany → — promieniowanie ○ — drętwienie ≈ — mrowienie — — napięcie △ — ostrożność

Własne oznaczenie i znaczenie:

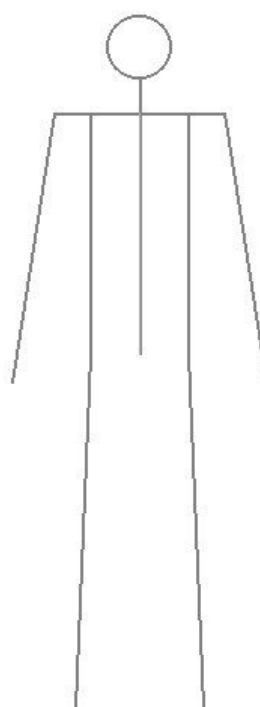
3 Widok z przodu i z tyłu

WIDOK Z PRZODU



LEWA STRONA PACJENTA

WIDOK Z TYŁU



PRAWA STRONA PACJENTA

4 Opis zaznaczeń

Numer	Obszar	Rodzaj odczucia	Nasilenie 0-10	Od kiedy?

5 Zmiana i obserwacje

- ☐ Pierwsze oznaczenie
- ☐ Mniejszy obszar
- ☐ Większy obszar
- ☐ Zmiana lokalizacji
- ☐ Zmiana charakteru
- ☐ Bez wyraźnej zmiany

Krótki opis porównawczy / obszar wrażliwy / ograniczony ruch:

Mapa bólu, promieniowania i ograniczeń ruchu

1 Informacje podstawowe

Data / numer wizyty / główny obszar:

☐ Lewa

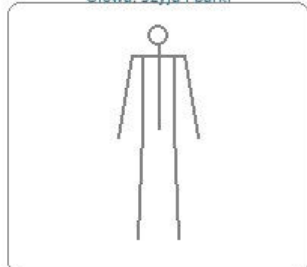
☐ Obustronnie

☐ Prawa

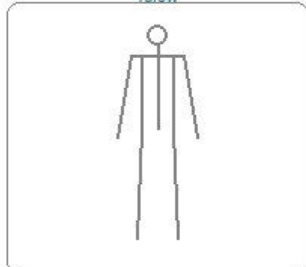
☐ Centralnie

2 Schemat obszaru i kierunek promieniowania

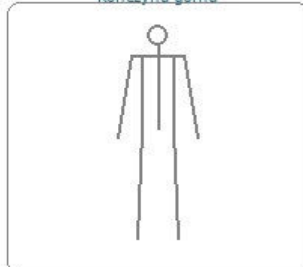
Głowa, szyja i barki



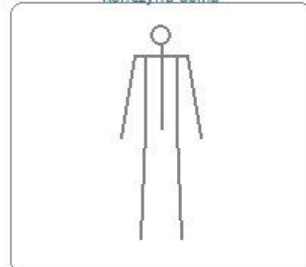
Tułów



Kończyna górna



Kończyna dolna



Punkt początkowy / kierunek / punkt końcowy:

☐ Brak promieniowania

☐ Okresowe

☐ Zależne od pozycji

3 Ruchy zwiększające objaw

Ruch lub czynność	Strona	Nasilenie 0-10	Moment pojawienia się

4 Ruchy lub pozycje zmniejszające objaw

Pozycja przynosząca ulgę:

Ruch przynoszący ulgę:

Czas potrzebny do zmniejszenia:

Odpoczynek pomaga: Tak / Nie / Czasami

Zmiana pozycji pomaga: Tak / Nie / Czasami

5 Ograniczenie funkcjonalne

- ☐ Obracanie głowy
- ☐ Podnoszenie ręki
- ☐ Chwytywanie
- ☐ Siedzenie
- ☐ Stanie
- ☐ Chodzenie
- ☐ Schody

- ☐ Schylanie
- ☐ Ubieranie się
- ☐ Sen
- ☐ Praca
- ☐ Ćwiczenia
- ☐ Inna czynność

Najważniejsza ograniczona czynność:

Trudność wykonania czynności

6 Porównanie stron

Observacja	Lewa	Prawa	Różnica

7 Stan przed i po sesji

PRZED ZABIEGIEM — ból / ruch / tolerancja:

PO ZABIEGU — ból / ruch / tolerancja:



Rejestr punktów akupunktury

1 Dane wizyty

Pacjent / numer karty / data / numer wizyty / specjalista / główny cel sesji:

2 Rejestr zastosowanych punktów

Lp.	Punkt	Strona	Cel zastosowania	Metoda	Czas	Reakcja	Uwagi

Strona: L — lewa, P — prawa, O — obustronnie, Ś — środkowa. Metoda: igła, ucisk, moks, elektrostymulacja lub inna.

3 Punkty dodatkowe, modyfikacje i punkty nowe

Punkt / powód dodania lub zmiany / moment decyzji:

Punkt planowany, ale niewykorzystany / powód:

4 Ogólna strategia sesji

- | | |
|--|---|
| ☐ Praca miejscowa | ☐ Punkty dodatkowe |
| ☐ Praca dystalna | ☐ Model tradycyjnej medycyny chińskiej |
| ☐ Podejście łączone | ☐ Podejście objawowe |
| ☐ Punkty uszne | ☐ Inne |

Krótką logiką doboru punktów:

5 Reakcja i kontrola kompletności

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Pacjent spokojny | ☐ Niepokój | ☐ Liczba zastosowanych igieł policzona |
| ☐ Odczucie akceptowalne | ☐ Ból miejscowy | ☐ Liczba usuniętych igieł policzona |
| ☐ Dyskomfort wymagający korekty | ☐ Reakcja skórna | ☐ Wszystkie elementy zakończone |
| ☐ Zawroty głowy | ☐ Inna reakcja | ☐ Obszary zabiegowe sprawdzone |
| ☐ Osłabienie | | ☐ Reakcja pacjenta oceniona |

Podjęte działanie / uwagi końcowe / punkty do rozważenia lub unikania:



Parametry igłowania i technika stymulacji

1 Dane sesji i materiały

Data / numer wizyty / specjalista / cel główny:

☐ Jednorazowe

☐ Sterylne

☐ Opakowanie nieuszkodzone

☐ Data ważności sprawdzona

☐ Utylizacja zgodna z procedurą

2 Parametry według punktu lub obszaru

Punkt lub obszar	Rozmiar igły	Kierunek	Głębokość zastosowana	Rodzaj stymulacji	Czas pozostawienia	Reakcja	Uwagi

Wszystkie wartości pozostają otwarte do profesjonalnego zapisu. Formularz nie podaje uniwersalnych zaleceń technicznych.

3 Stymulacja, czas i pozycja pacjenta

☐ Bez dodatkowej manipulacji

☐ Łagodna

☐ Umiarkowana

☐ Intensywność dostosowana indywidualnie

☐ Technika zgodna ze szkoleniem

☐ Inna

Opis techniki / godzina rozpoczęcia i zakończenia / czas pozostawienia:

4 Pozycja i komfort

☐ Leżenie na plecach

☐ Leżenie na brzuchu

☐ Leżenie na boku

☐ Pozycja siedząca

☐ Półleżąca

☐ Zmiana pozycji

Podparcie lub modyfikacja komfortu:

Zmiana planu podczas sesji — co, dlaczego i reakcja pacjenta:

5 Reakcja i kontrola po zakończeniu

☐ Brak szczególnych reakcji

☐ Typowe odczucie

☐ Nadmierny ból

☐ Skurcz mięśni

☐ Zawroty głowy

☐ Nudności

☐ Potliwość

☐ Bładość

☐ Niepokój

☐ Reakcja miejscowa

☐ Inna

☐ Wszystkie igły usunięte

☐ Skóra sprawdzona

☐ Zmiana pozycji bez problemu

☐ Pacjent gotowy do wstania

☐ Instrukcje po zabiegu przekazane

☐ Reakcja bezpośrednia zapisana

Punkt lub obszar związany z reakcją / podjęte działanie / wynik:



Terapie uzupełniające zastosowane podczas wizyty

1 Dane wizyty

Data / numer wizyty / główny cel / specjalista:

2 Akupresura

☐ Zastosowano: Akupresura

Punkt lub obszar / czas / intensywność / reakcja:

3 Moksybucja

☐ Zastosowano: Moksybucja

Rodzaj / obszar / czas / środki ostrożności / reakcja:

4 Bańki

☐ Zastosowano: Bańki

Rodzaj / obszar / czas / intensywność / stan skóry:

5 Elektroakupunktura

☐ Zastosowano: Elektroakupunktura

Punkty / urządzenie / ustawienia / czas / tolerancja:

6 Gua sha lub technika manualna

☐ Zastosowano: Gua sha lub technika manualna

Obszar / czas / intensywność / reakcja:

7 Inna metoda

☐ Zastosowano: Inna metoda

Nazwa / cel / sposób zastosowania / reakcja:

8 Powód zastosowania i zgoda

- | | |
|---|---|
| ☐ Wsparcie głównego celu | ☐ Preferencja pacjenta |
| ☐ Zmniejszenie napięcia | ☐ Zmiana planu |
| ☐ Poprawa komfortu | ☐ Inny powód |
| ☐ Reakcja na wcześniejszą technikę | |

Uzasadnienie i ograniczenia lub preferencje pacjenta:

9 Stan przed i po zastosowaniu

PRZED — stan skóry / komfort 0-10 / objaw 0-10:

PO — stan skóry / komfort 0-10 / objaw 0-10 / reakcja:

10 Instrukcje przekazane pacjentowi

- | | |
|--|---|
| ☐ Omówiono możliwe przejściowe odczucia | ☐ Podano informację, kiedy skontaktować się ze specjalistą |
| ☐ Omówiono pielęgnację obszaru | ☐ Inna instrukcja |
| ☐ Zalecono obserwację reakcji | |

Treść najważniejszej instrukcji:



Lista kontrolna przebiegu wizyty

1 Przed przyjęciem pacjenta

- ☐ Czyste stanowisko
- ☐ Materiały sprawdzone
- ☐ Pojemnik na odpady ostre
- ☐ Formularze dostępne
- ☐ Prywatność
- ☐ Zmiany w dokumentacji sprawdzone

Najważniejsza informacja / zadanie:

2 Rozpoczęcie wizyty

- ☐ Tożsamość potwierdzona
- ☐ Cel wizyty potwierdzony
- ☐ Zmiana objawów
- ☐ Nowe rozpoznania, leki lub urazy
- ☐ Reakcja po poprzedniej wizycie
- ☐ Bezpieczeństwo ponownie ocenione
- ☐ Plan uzgodniony

Najważniejsza informacja / zadanie:

3 Przed rozpoczęciem zabiegu

- ☐ Wyjaśnienia przekazane
- ☐ Zgoda na aktualny plan
- ☐ Bezpieczna pozycja
- ☐ Obszary sprawdzone
- ☐ Materiały otwarte zgodnie z procedurą
- ☐ Higiena rąk

Najważniejsza informacja / zadanie:

4 Podczas zabiegu

- ☐ Komfort monitorowany
- ☐ Możliwość zgłoszenia dyskomfortu
- ☐ Punkty i techniki zapisane
- ☐ Modyfikacje zapisane
- ☐ Nietypowa reakcja zarejestrowana
- ☐ Czas kontrolowany

Najważniejsza informacja / zadanie:

5 Zakończenie zabiegu

- ☐ Wszystkie igły usunięte
- ☐ Liczba igieł zgodna
- ☐ Obszary sprawdzone
- ☐ Spokojna zmiana pozycji
- ☐ Zapytano o zawroty, osłabienie i nudności
- ☐ Objaw ponownie oceniony

Najważniejsza informacja / zadanie:

6 Przed wyjściem pacjenta

- ☐ Instrukcje po zabiegu
- ☐ Reakcje do obserwacji
- ☐ Pacjent wie, kiedy się skontaktować
- ☐ Kolejny krok ustalony
- ☐ Wizyta lub kontrola umówiona
- ☐ Dokumentacja uzupełniona

Najważniejsza informacja / zadanie:

7 Po zakończeniu wizyty

- ☐ Materiały zutylizowane
- ☐ Stanowisko oczyszczone
- ☐ Dokumentacja zabezpieczona
- ☐ Zdarzenie zapisane
- ☐ Informacja do kolejnej wizyty przygotowana

Najważniejsza informacja / zadanie:

8 Szybkie podsumowanie wizyty

- ☐ Cel osiągnięty częściowo lub całkowicie
- ☐ Plan wymaga modyfikacji
- ☐ Potrzebna dodatkowa obserwacja
- ☐ Potrzebna konsultacja lub skierowanie

Jedno zdanie podsumowania:



MODUŁ 4

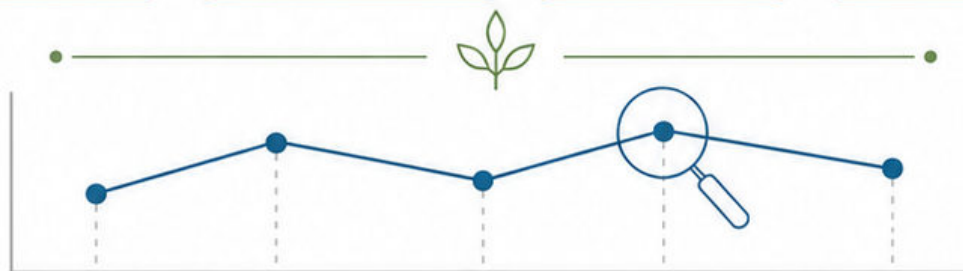
Ewaluacja postępów i reakcji



Porównuj wyniki, obserwuj reakcje i podejmuj świadome decyzje



Postęp to nie tylko mniejsza liczba na skali.
To również łatwiejszy ruch, lepszy sen, większa aktywność
i poprawa codziennego funkcjonowania.



Używaj tych samych kryteriów w kolejnych wizytach,
aby porównanie miało praktyczną wartość.



☐ Przed zabiegiem

☐ Po zabiegu

☐ Kontrola po terapii

[illegible]

Liczba epizodów / typowy czas:

Trudność wykonania tej czynności

Stan podczas pierwszej oceny / stan dzisiaj / co się zmieniło:

[illegible]

Najważniejsza różnica i czynniki wpływające:

Kierunek zmiany / modyfikacja planu / decyzja:



Notatka z wizyty – informacje subiektywne, dane obiektywne, ocena i plan

1) DANE WIZYTY

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Numer karty: _____

Data: _____ Godzina rozpoczęcia: _____ Numer wizyty: _____ Specjalista: _____

Rodzaj wizyty: ☐ Pierwsza ☐ Kontrolna ☐ Ewaluacyjna ☐ Pilna konsultacja

2) INFORMACJE SUBIEKTYWNE

Informacje przekazane przez pacjenta

Główna zmiana od poprzedniej wizyty: _____

Aktualne nasilenie głównego objawu 0–10: _____

Najważniejsza korzyść zauważona przez pacjenta: _____

Najważniejsza trudność od poprzedniej wizyty: _____

Reakcja w pierwszych godzinach po poprzednim zabiegu: _____

Reakcja w kolejnych dniach: _____

Nowe objawy lub nowe okoliczności: _____

Zmiany leków, suplementów, diagnoz lub innych terapii: _____

Co pacjent chciałby osiągnąć podczas dzisiejszej wizyty? _____

Słowa pacjenta, które warto zapisać dosłownie:

3) DANE OBIEKTYWNE

Obserwacje, pomiary i informacje możliwe do opisanie

Wygląd i ogólne zachowanie pacjenta: _____

Ruch lub czynność oceniana podczas wizyty: _____

Wynik skali lub pomiaru: _____

Obszar tkliwości, napięcia lub ograniczenia: _____

Obserwacja języka — jeżeli dotyczy: _____

Obserwacja pulsu — jeżeli dotyczy: _____

Stan skóry w obszarze planowanego zabiegu: _____

Inne istotne obserwacje: _____



Unikaj ocen typu „dobrze” lub „złe” bez opisu tego, co faktycznie zaobserwowano.

4) OCENA

Podsumowanie znaczenia zebranych informacji

Zmiana w porównaniu z poprzednią wizytą:

- ☐ Wyraźna poprawa ☐ Niewielka poprawa ☐ Bez wyraźnej zmiany
- ☐ Wahania objawów ☐ Niewielkie pogorszenie ☐ Wyraźne pogorszenie
- ☐ Za wcześniej na ocenę

Najważniejsze czynniki mogące wpływać na aktualny stan: _____

Robocza interpretacja w zakresie kompetencji specjalisty: _____

Informacja wymagająca dalszego wyjaśnienia: _____

Czy istnieje potrzeba konsultacji, skierowania lub zmiany zakresu postępowania?

- ☐ Nie
- ☐ Tak — konsultacja rutynowa
- ☐ Tak — konsultacja pilna
- ☐ Tak — skierowanie do innego specjalisty

5) PLAN

Dzisiejsze postępowanie i kolejny krok

Cel dzisiejszej sesji: _____

Główna strategia: _____

Zastosowane punkty — numer strony lub odwołanie do rejestru: _____

Zastosowane techniki uzupełniające: _____

Modyfikacje wynikające z aktualnej oceny: _____

Instrukcje przekazane pacjentowi: _____

Co pacjent ma obserwować do kolejnej wizyty? _____

Planowany termin kolejnej wizyty: _____

Planowana data pełnej ewaluacji: _____

6) NAJWAŻNIEJSZA INFORMACJA Z DZISIEJSZEJ WIZYTY



7) POTWIERDZENIE ZAPISU

Podpis lub inicjały specjalisty: _____

Data i godzina zakończenia dokumentacji: _____

Czy zapis uzupełniono tego samego dnia? ☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli nie, data późniejszego uzupełnienia: _____

 Rozróżniaj relację pacjenta, własną obserwację i interpretację roboczą. Nie przedstawiaj przypuszczeń jako potwierdzonych faktów.



Porównanie objawów pomiędzy wizytami

1) DANE PORÓWNAŃ

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Numer karty: _____

Okres porównania od: _____ Do: _____ Liczba wizyt uwzględnionych w porównaniu: _____

Główny cel obserwacji: _____

2) OBJAWY LUB OBSZARY MONITOROWANE

OBJAW 1

Nazwa lub opis: _____

Stan początkowy: _____

Sposób pomiaru: _____

Nasilenie 0–10 _____

OBJAW 2

Nazwa lub opis: _____

Stan początkowy: _____

Sposób pomiaru: _____

Liczba epizodów _____

OBJAW 3

Nazwa lub opis: _____

Stan początkowy: _____

Sposób pomiaru: _____

Czas trwania _____

OBJAW 4

Nazwa lub opis: _____

Stan początkowy: _____

Sposób pomiaru: _____

Zakres aktywności _____

OBJAW 5

Nazwa lub opis: _____

Stan początkowy: _____

Sposób pomiaru: _____

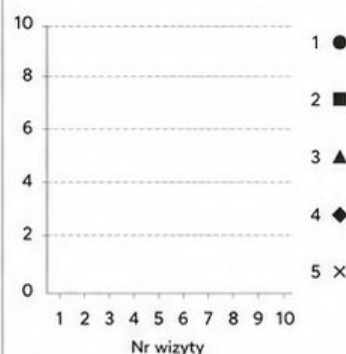
Liczba wybudzeń _____

3) TABELA WIZYT

Data	Nr wizyty	Objaw 1	Objaw 2	Objaw 3	Objaw 4	Objaw 5	Najważniejszy czynnik	Ogólna ocena pacjenta
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Legenda ogólnej oceny pacjenta: ++ znacznie lepiej + trochę lepiej 0 bez zmiany – trochę gorzej -- znacznie gorzej

Wykres zmian (opcjonalnie)



4) ZMIANA OD STANU POCZĄTKOWEGO

Objaw	Stan początkowy	Stan aktualny	Różnica	Znaczenie dla pacjenta
Objaw 1				
Objaw 2				
Objaw 3				
Objaw 4				
Objaw 5				

5) WZORZEC ZMIAN

- ☐ Stopniowa poprawa
 ☐ Szybka poprawa, następnie stabilizacja
 ☐ Wahanie bez jasnego trendu
 ☐ Poprawa krótkotrwała
- ☐ Brak zauważalnej zmiany
 ☐ Stopniowe pogorszenie
 ☐ Nagła zmiana wymagająca ponownej oceny
 ☐ Trudno ocenić z powodu brakujących danych

Krótki opis zaobserwowanego wzorca: _____

6) CZYNNIKI ZWIĄZANE ZE ZMIANAMI

Możliwe czynniki związane z poprawą

- ☐ Lepszy sen
 ☐ Mniejszy stres
 ☐ Regularna aktywność
 ☐ Zmiana obciążenia
 ☐ Inna terapia
- ☐ Zmiana leków
 ☐ Regeneracja
 ☐ Zastosowane postępowanie
 ☐ Inny czynnik

Możliwe czynniki związane z pogorszeniem

- ☐ Większy stres
 ☐ Brak snu
 ☐ Przeciążenie
 ☐ Nowy uraz
 ☐ Infekcja lub choroba
- ☐ Zmiana leków
 ☐ Przerwa w terapii
 ☐ Nieznany czynnik
 ☐ Inny czynnik

Informacja, której nie da się obecnie potwierdzić: _____

7) WNIOSKI

Najbardziej wiarygodna oznaka postępu: _____

Objaw bez wystarczającej poprawy: _____

Obszar wymagający ponownej oceny: _____

Co należy nadal mierzyć? _____

Co można przestać rutynowo mierzyć? _____

8) DECYZJA

- ☐ Kontynuować bez zmian
 ☐ Kontynuować z modyfikacją
 ☐ Zmienić główny cel
 ☐ Wydłużyć odstęp pomiędzy wizytami
- ☐ Wykonać pełną ponowną ocenę
 ☐ Zakończyć serię
 ☐ Zalecić dodatkową konsultację

Uzasadnienie decyzji: _____



Reakcja bezpośrednia i opóźniona po zabiegu



1) DANE WIZYT

Data zabiegu: _____ Numer wizyty: _____ Data zebrania informacji o reakcji: _____

Informację przekazano: ☐ Osobiście ☐ Telefonicznie ☐ Wiadomością tekstową ☐ Poczta elektroniczną ☐ Podczas kolejnej wizyty

Osoba zapisująca: _____

2) STAN BEZPOŚREDNIO PO ZABIEGU

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Bez istotnej zmiany | ☐ Większy komfort | ☐ Mniejsze napięcie |
| ☐ Mniejszy ból | ☐ Większa swoboda ruchu | ☐ Zmęczenie |
| ☐ Senność | ☐ Zawroty głowy | ☐ Nudności |
| ☐ Osłabienie | ☐ Niepokój | ☐ Ból miejscowy |
| ☐ Niewielkie krwawienie | ☐ Zasinienie | ☐ Inna reakcja |

Główny objaw przed zabiegiem 0–10: _____

Główny objaw po zabiegu 0–10: _____

Ogólny komfort po zabiegu 0–10: _____

Czas pojawienia się reakcji: _____

Czas trwania: _____

Podjęte działanie przed wyjściem pacjenta: _____

Stan pacjenta przy zakończeniu wizyty: _____

3) REAKCJA W CIĄGU PIERWSZYCH 24 GODZIN

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Brak szczególnych reakcji | ☐ Przejściowa tliwość | ☐ Zasinienie |
| ☐ Zmęczenie | ☐ Senność | ☐ Zwiększona energia |
| ☐ Zmiana snu | ☐ Przejściowe nasilenie objawu | |
| ☐ Zmniejszenie objawu | ☐ Zmiana apetytu | ☐ Zmiana nastroju |
| ☐ Ból głowy | ☐ Inna reakcja | |

Godzina lub przybliżony czas rozpoczęcia: _____

Czas trwania: _____

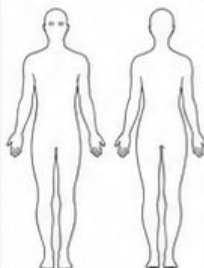
Nasilenie 0–10: _____

Czy reakcja ograniczyła codzienne funkcjonowanie? ☐ Tak ☐ Nie

4) REAKCJA PO 24–72 GODZINACH

- Główny objaw: ☐ Lepiej ☐ Bez zmiany ☐ Gorzej ☐ Zmiennie
- Sen: ☐ Lepiej ☐ Bez zmiany ☐ Gorzej
- Energia: ☐ Lepiej ☐ Bez zmiany ☐ Gorzej
- Funkcjonowanie: ☐ Lepiej ☐ Bez zmiany ☐ Gorzej
- Nowy objaw: ☐ Tak ☐ Nie
- Opis najważniejszej reakcji: _____

5) MIEJSCE REAKCJI



Obszar	Rodzaj reakcji	Nasilenie	Czas trwania	Stan obecny

6) OCENA ZNACZENIA REAKCJI

- ☐ Łagodna i krótkotrwała
- ☐ Wymagająca obserwacji
- ☐ Wymagająca kontaktu z pacjentem
- ☐ Wymagająca modyfikacji kolejnej sesji
- ☐ Wymagająca konsultacji medycznej
- ☐ Zdarzenie niepożądane — wypełnić stronę 34

Uzasadnienie klasyfikacji: _____

7) DZIAŁANIE SPECJALISTY

- | | |
|---|---|
| ☐ Przekazano informację i uspokojenie | ☐ Odroczone kolejną wizytę |
| ☐ Zalecono dalszą obserwację | ☐ Zalecono konsultację medyczną |
| ☐ Skontaktowano się ponownie z pacjentem | ☐ Zalecono pilną pomoc medyczną |
| ☐ Zmieniono plan kolejnej wizyty | ☐ Wypełniono kartę zdarzenia niepożądanego |

Treść przekazanej instrukcji: _____

Data i godzina kolejnego kontaktu: _____

8) WYNIK DALSZEJ OBSERWACJI

- Czy reakcja ustąpiła? ☐ Tak ☐ Częściowo ☐ Nie ☐ Brak informacji
- Data ustąpienia lub poprawy: _____
- Czy potrzebna była dodatkowa pomoc? ☐ Tak ☐ Nie
- Najważniejszy wniosek dla kolejnej wizyty: _____
- _____
- _____



Cele funkcjonalne i postęp pacjenta

1) DANE OCENY

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Specjalista: _____

Data pierwszej oceny: _____ Data aktualnej oceny: _____ Liczba wizyt pomiędzy ocenami: _____

2) NAJWAŻNIEJSZY CEL FUNKCJONALNY

Jaką czynność pacjent chce wykonywać łatwiej,

dłużej lub z większym komfortem? _____

Dlaczego ta czynność jest ważna? _____

Co obecnie ją ogranicza? _____

Jak wyglądałoby zauważalne osiągnięcie celu? _____



3A) STAN POCZĄTKOWY

Częstotliwość wykonywania czynności: _____

Czas trwania: _____

Dystans lub liczba powtórzeń — jeżeli dotyczy: _____

Poziom trudności 0–10: _____

Nasilenie objawu podczas czynności 0–10: _____

Czas potrzebny na regenerację: _____

Pomoc, sprzęt lub modyfikacja potrzebna
do wykonania czynności: _____

3B) AKTUALNY STAN

Częstotliwość wykonywania czynności: _____

Czas trwania: _____

Dystans lub liczba powtórzeń: _____

Poziom trudności 0–10: _____

Nasilenie objawu podczas czynności 0–10: _____

Czas potrzebny na regenerację: _____

Potrzebna pomoc lub modyfikacja: _____

4) SKALA OSIĄGNIĘCIA CELU

–2 — Znacznie poniżej oczekiwanego poziomu

–1 — Nieco poniżej oczekiwanego poziomu

0 — Oczekiwany poziom osiągnięty

+1 — Wynik lepszy niż ожикивано

+2 — Wynik znacznie lepszy niż ожикивано

Aktualny wynik: _____

Uzasadnienie wyniku: _____

i Poziom 0 należy opisać wspólnie z pacjentem przed rozpoczęciem obserwacji.

5) MAŁE OZNAKI POSTĘPU

- | | |
|---|--|
| ☐ Czynność wykonywana częściej | ☐ Lepsza regeneracja |
| ☐ Czynność wykonywana dłużej | ☐ Mniejsze nasilenie objawu |
| ☐ Potrzebne mniej przerw | ☐ Większa pewność siebie |
| ☐ Mniejszy lęk przed ruchem | ☐ Lepsza jakość snu po aktywności |
| ☐ Mniejsza potrzeba pomocy | ☐ Inna zmiana _____ |

Zmiana, którą pacjent zauważył jako pierwszą: _____

6) BARIERY

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Brak czasu | ☐ Stres | ☐ Brak wsparcia | ☐ Inna bariera _____ |
| ☐ Obawa przed nasileniem objawów | ☐ Problemy ze snem | ☐ Warunki pracy | _____ |
| ☐ Zmienne objawy | ☐ Inny problem zdrowotny | ☐ Brak możliwości wykonania pomiaru | _____ |

Najważniejsza aktualna bariera: _____

7) NASTĘPNY KROK

Najmniejszy realistyczny kolejny krok: _____

Jak często pacjent chce go realizować? _____

Co może ułatwić wykonanie? _____

Co będzie sygnałem, że cel jest zbyt trudny? _____

Data kolejnej oceny: _____

8) DECYZJA DOTYCZĄCA CELU

- | | |
|---|---|
| ☐ Kontynuować bez zmian | ☐ Zastąpić cel innym |
| ☐ Ułatwić cel | ☐ Cel osiągnięty |
| ☐ Zwiększyć poziom celu | ☐ Cel nie jest już priorytetem |
| ☐ Zmienić sposób pomiaru | |
- Uzasadnienie: _____



Karta zdarzenia niepożądanego



W przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia najpierw zapewnij odpowiednią pomoc.
Dokumentację uzupełnij po zabezpieczeniu pacjenta.

1) DANE ZDARZENIA

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data zdarzenia: _____ Godzina zdarzenia: _____

Godzina zdarzenia: _____

Numer wizyty: _____

Osoba prowadząca: _____

Inne osoby obecne: _____

2) MOMENT WYSTĄPIENIA

- ☐ Przed zabiegiem
- ☐ Podczas przygotowania
- ☐ Podczas igłowania
- ☐ Podczas pozostawienia igieł
- ☐ Podczas usuwania igieł
- ☐ Bezpośrednio po zabiegu
- ☐ Po opuszczeniu placówki
- ☐ W kolejnych godzinach lub dniach
- ☐ Moment niezany

3) RODZAJ ZDARZENIA

- ☐ Omdlenie lub stan przedomdleniowy
- ☐ Upadek
- ☐ Silne zawroty głowy
- ☐ Nudności lub wymioty
- ☐ Nietypowy lub silny ból
- ☐ Przedłużone krwawienie
- ☐ Rozległe zasinienie
- ☐ Reakcja skórna
- ☐ Oparzenie
- ☐ Podejrzenie infekcji
- ☐ Trudność z usunięciem elementu zabiegowego
- ☐ Niepełna zgodność liczby igieł
- ☐ Uszkodzenie sprzętu
- ☐ Reakcja emocjonalna
- ☐ Błąd dokumentacji lub identyfikacji
- ☐ Inne zdarzenie _____

4) OPIS FAKTÓW

Co dokładnie się wydarzyło?

Zapisz kolejność zdarzeń, obserwowane objawy i wypowiedzi pacjenta.
Unikaj ocen, przypuszczeń i obwiniania.

Pierwszy zauważony objaw lub sygnał: _____

Jak długo trwało? _____

Kto zauważył zdarzenie? _____

Stan pacjenta bezpośrednio przed zdarzeniem: _____

5) ZASTOSOWANE PUNKTY, TECHNIKI LUB MATERIAŁY

Punkt lub obszar związany ze zdarzeniem — jeżeli znany: _____

Zastosowana metoda: _____

Materiał lub urządzenie: _____

Numer partii — jeżeli istotny i dostępny: _____

Czas od rozpoczęcia zabiegu do zdarzenia: _____

6) DZIAŁANIE NATYCHMIASTOWE

- ☐ Przerwano zabieg
- ☐ Usunięto zastosowane elementy
- ☐ Zmieniono pozycję pacjenta
- ☐ Monitorowano stan pacjenta
- ☐ Skontaktowano się z personelem medycznym
- ☐ Wezwano pomoc ratunkową
- ☐ Skontaktowano się z osobą bliską
- ☐ Zalecono pilną konsultację
- ☐ Pacjent odmówił proponowanej pomocy
- ☐ Inne działanie _____

Dokładny opis podjętego działania: _____

Godzina rozpoczęcia działania: _____ Reakcja pacjenta na działanie: _____

7) STAN PO ZDARZENIU

Objawy ustąpiły całkowicie / częściowo / nie ustąpiły / brak informacji _____

Stan pacjenta przy zakończeniu kontaktu: _____

Czy pacjent opuścił placówkę samodzielnie? ☐ Tak ☐ Nie

Czy pacjent został przekazany pod opiekę innej osoby? ☐ Tak ☐ Nie

Czy pacjent został skierowany do placówki medycznej? ☐ Tak ☐ Nie

Dalsze zalecenie: _____

8) KONTAKT KONTROLNY

Data i godzina pierwszego kontaktu kontrolnego: _____

Sposób kontaktu: _____

Stan zgłoszony przez pacjenta: _____

Dodatkowe działanie: _____

Plan kolejnego kontaktu: _____



Zdarzenie



Działanie



Kontrola



Zapobieganie

9) ZGŁOSZENIE I KOMUNIKACJA

- ☐ Zdarzenie omówiono z pacjentem
- ☐ Poinformowano osobę zarządzającą placówką
- ☐ Zdarzenie wpisano do wewnętrznego rejestru
- ☐ Zabezpieczono materiał lub urządzenie
- ☐ Zgłoszenie zewnętrzne wymagane zgodnie z procedurą
- ☐ Zgłoszenie zewnętrzne niewymagane
- ☐ Wymaga konsultacji w sprawie dalszego zgłoszenia

Numer lub miejsce dodatkowego zgłoszenia: _____

10) ANALIZA PO ZDARZENIU

Co mogło przyczynić się do zdarzenia? _____

Czy przestrzegano obowiązującej procedury? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Częściowo ☐ Nie można ustalić

Co należy zmienić przed kolejną wizytą tego pacjenta? _____

Czy należy zmienić procedurę ogólną? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

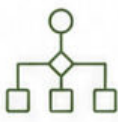
Działanie zapobiegawcze: _____

Osoba odpowiedzialna: _____ Termin realizacji: _____

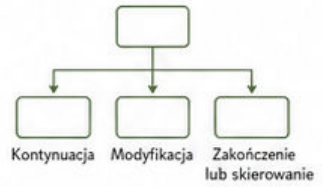
11) PODPISY

Osoba sporządzająca zapis: _____ Podpis: _____ Data i godzina sporządzenia: _____

Osoba dokonująca przeglądu: _____ Podpis: _____ Data przeglądu: _____



Decyzja kliniczna po ewaluacji



1) DANE EWALUACJI

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Numer karty: _____
Data rozpoczęcia aktualnego planu: _____ Data ewaluacji: _____
Liczba odbytych wizyt: _____ Liczba odwołanych lub pominiętych wizyt: _____
Specjalista: _____

2) PIERWOTNE CELE

Cel	Stan początkowy	Oczekiwany rezultat	Termin oceny
Cel 1			
Cel 2			
Cel 3			

3) AKTUALNY WYNIK

Cel	Aktualny stan	Stopień realizacji Osiągnięty / Częściowo osiągnięty / Nieosiągnięty / Nie można ocenić / Cel przestał być aktualny	Znaczenie dla pacjenta
Cel 1			
Cel 2			
Cel 3			

4) OCENA OGÓLNA

- ☐ Wyraża korzyść kliniczną i funkcjonalną
☐ Umiarkowana korzyść
☐ Niewielka, ale istotna dla pacjenta korzyść
☐ Zmiana krótkotrwała
☐ Brak zauważalnej korzyści
☐ Wynik niejednoznaczny
☐ Pogorszenie
☐ Pojawiła się nowa sytuacja wymagająca innego postępowania

Najważniejszy dowód wspierający tę ocenę:

5) PERSPEKTYWA PACJENTA

Czy pacjent uważa terapię za pomocną?

- ☐ Tak, wyraźnie
☐ Tak, częściowo
☐ Nie
☐ Trudno powiedzieć
☐ Pacjent nie chce kontynuować

Najważniejsza korzyść według pacjenta: _____

Największe rozczarowanie lub trudność: _____

Preferencja pacjenta dotycząca dalszego postępowania: _____

6) TOLERANCJA I BEZPIECZEŃSTWO

- ☐ Sesje dobrze tolerowane
☐ Występowały łagodne, przejściowe reakcje
☐ Wymagane były modyfikacje
☐ Wystąpiło zdarzenie niepożądane
☐ Ryzyko przewyższa możliwą korzyść
☐ Brak wystarczających informacji

Najważniejsze ograniczenie bezpieczeństwa: _____

7) DECYZJA GŁÓWNA

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|--|
| ☐ 1.
Kontynuować
aktualny plan | ☐ 2.
Kontynuować
z modyfikacją | ☐ 3.
Zmniejszyć
częstotliwość
wizyt | ☐ 4.
Wprowadzić okres
obserwacji
bez zabiegów | ☐ 5.
Zakończyć serię
po osiągnięciu
celów | ☐ 6.
Zakończyć
z powodu braku
wystarczającej
korzyści | ☐ 7.
Odroczyć lub
zakończyć i zalecić
inną konsultację |
|---|---|---|---|---|--|--|

i Wybrana decyzja i jej uzasadnienie: _____

8) MODYFIKACJA PLANU — JEŻELI DOTYCZY

Nowy główny cel: _____
Co zostanie zmienione? _____
Czego nie należy kontynuować? _____
Nowa częstotliwość: _____
Nowa liczba wizyt przed kolejną ewaluacją: _____
Nowy sposób monitorowania: _____

9) SKIEROWANIE LUB WSPÓŁPRACA

- | | |
|--|---|
| ☐ Lekarz podstawowej opieki | ☐ Położna |
| ☐ Specjalista medyczny | ☐ Dietetyk |
| ☐ Fizjoterapeuta | ☐ Inny specjalista _____ |
| ☐ Psycholog lub psychoterapeuta | |

Powód zalecenia konsultacji: _____

Czy pacjent wyraził zgodę na przekazanie informacji?

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

10) INFORMACJA PRZEKAZANA PACJENTOWI

- ☐ Omówiono wynik ewaluacji
☐ Wyjaśniono poziom niepewności
☐ Omówiono korzyści i ograniczenia dalszego planu
☐ Pacjent miał możliwość zadawania pytań
☐ Uzgodniono kolejny krok

Najważniejsza informacja przekazana pacjentowi: _____

11) TERMIN KOLEJNEJ DECYZJI

Data kolejnej wizyty lub kontaktu: _____

Data kolejnej pełnej ewaluacji: _____

Warunek wcześniejszej ponownej oceny: _____

Specjalista: _____

Data: _____

Omawiano z pacjentem: ☐ Tak ☐ Nie



MODUŁ 5

Kontrola po terapii i zamknięcie procesu

Sprawdź trwałość zmian
i zakończ proces z jasnym planem



Dobre zakończenie nie oznacza jedynie ostatniej wizyty.
Oznacza podsumowanie efektów, omówienie dalszych
kroków i przekazanie pacjentowi jasnych informacji.

Kontrola

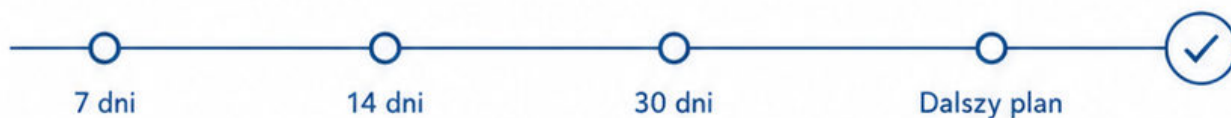
Trwałość

Podsumowanie

Dalszy plan



Kontrola po terapii może być przeprowadzona osobiście,
telefonicznie lub przy użyciu uzgodnionej bezpiecznej
formy kontaktu.





Kontrola po 7, 14 i 30 dniach

7

14

30

1) DANE PACJENTA I ZAKOŃCZONEJ SERII

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Numer karty: _____

Data ostatniej wizyty: _____

Główny cel zakończonej serii: _____

Liczba zrealizowanych wizyt: _____

Sposób kontroli po terapii: ☐ Osobiście ☐ Telefon ☐ Wiadomość ☐ Formularz

2) STAN W DNIU ZAKOŃCZENIA SERII

Główny objaw 0–10: _____

Trudność funkcjonalna 0–10: _____

Najważniejszy osiągnięty rezultat: _____

Element wymagający dalszej obserwacji: _____

3) KONTROLA PO 7 DNIACH

Data kontaktu: _____

Główny objaw 0–10: _____

Funkcjonowanie 0–10: _____

Sen: ☐ Lepiej ☐ Bez zmiany ☐ Gorzej

Energia: ☐ Lepiej ☐ Bez zmiany ☐ Gorzej

Czy pojawiła się reakcja po ostatniej sesji?

☐ Tak ☐ Nie

Czy wynik utrzymuje się?

☐ Tak ☐ Częściowo ☐ Nie ☐ Trudno ocenić

Najważniejsza informacja pacjenta:

- ☐ Brak dodatkowego działania
- ☐ Wymagana dalsza obserwacja
- ☐ Zalecany wcześniejszy kontakt
- ☐ Zalecana konsultacja

4) KONTROLA PO 14 DNIACH

Data kontaktu: _____

Główny objaw 0–10: _____

Funkcjonowanie 0–10: _____

Sen: ☐ Lepiej ☐ Bez zmiany ☐ Gorzej

Energia: ☐ Lepiej ☐ Bez zmiany ☐ Gorzej

Czy wynik utrzymuje się?

☐ Tak ☐ Częściowo ☐ Nie ☐ Trudno ocenić

Czy pacjent realizuje uzgodniony plan własny?

☐ Tak ☐ Częściowo ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Najważniejsza informacja pacjenta:

- ☐ Bez zmian
- ☐ Potrzebna modyfikacja planu
- ☐ Zalecana konsultacja kontrolna
- ☐ Zalecane skierowanie

5) KONTROLA PO 30 DNIACH

Data kontaktu: _____

Główny objaw 0–10: _____

Funkcjonowanie 0–10: _____

Czy osiągnięty efekt jest nadal obecny?

☐ Tak ☐ Częściowo ☐ Nie

Czy pacjent wrócił do ważnej aktywności?

☐ Tak ☐ Częściowo ☐ Nie

Czy pojawił się nowy problem?

☐ Tak ☐ Nie

Czy pacjent potrzebuje kolejnej wizyty?

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie jest pewny

Najważniejsza zmiana w ciągu 30 dni:

6) TRWAŁOŚĆ WYNIKU

- ☐ Wynik stabilny
- ☐ Wynik stopniowo się poprawia
- ☐ Wynik częściowo się utrzymuje
- ☐ Objawy powracają przy określonym obciążeniu
- ☐ Objawy powróciły bez jasnej przyczyny
- ☐ Brak wystarczających danych

Czynnik związany z utrzymaniem lub nawrotem objawów:

7) DALSZE POSTĘPOWANIE

- ☐ Brak potrzeby kolejnej wizyty
- ☐ Wizyta tylko w razie potrzeby
- ☐ Plan okresowych wizyt kontrolnych
- ☐ Nowa krótka seria
- ☐ Ponowna pełna ocena
- ☐ Konsultacja innego specjalisty
- ☐ Pilna konsultacja medyczna

Uzgodniony kolejny krok: _____

Planowana data kontaktu lub wizyty: _____

8) ZAKOŃCZENIE KONTROLI PO TERAPII

Kontrolę po terapii zakończono dnia: _____ Osoba prowadząca: _____

Najważniejszy wniosek: _____

Dokumentację zamknięto: ☐ Tak ☐ Nie



Zbiorny rejestr wizyt i zastosowanych punktów

1) DANE SERII

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Numer karty: _____

Data rozpoczęcia serii: _____

Data zakończenia lub aktualizacji: _____

Główny cel serii: _____

Specjalista: _____



B — bez szczególnej reakcji
P — poprawa
Z — zmienna reakcja
N — nasilenie
K — potrzebny kontakt
ZD — zdarzenie niepożądane

2) REJESTR WIZYT

Nr	Data	Cel sesji	Objaw przed 0-10	Najważniejsze punkty	Technika dodatkowa	Objaw po 0-10	Reakcja późniejsza	Decyzja	Inicjały
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

3) NAJCZĘŚCIEJ STOSOWANE PUNKTY

Punkt	Liczba zastosowań	Najczęstszy cel	Typowa reakcja	Uwagi
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

4) PUNKTY ZMODYFIKOWANE LUB WYCOFANE

Punkt	Data zmiany	Powód	Dalsza decyzja
1			
2			
3			
4			
5			

5) TECHNIKI UZUPEŁNIAJĄCE W SERII

Akupresura: Moksycucja: Bańki:

Elektroakupunktura: Technika manualna: Inna metoda:

Technika najlepiej tolerowana przez pacjenta: _____

Technika wymagająca modyfikacji lub rezygnacji: _____

6) PODSUMOWANIE REAKCJI

- ☐ Większość sesji dobrze tolerowana Najczęstsza korzystna reakcja: _____
- ☐ Reakcje łagodne i krótkotrwałe _____
- ☐ Występowały reakcje wymagające modyfikacji Najczęstsza niepożądana reakcja: _____
- ☐ Wystąpiło zdarzenie niepożądane _____
- ☐ Brak wystarczających danych _____

7) TREND WYNIKÓW

Wskaźnik	Początek	Środek serii	Koniec serii
Główny objaw			
Funkcjonowanie			
Sen			
Cel indywidualny			



8) NAJWAŻNIEJSZY WNIOSEK Z CAŁEJ SERII

Który element postępowania był najbardziej związany z zauważalną zmianą?

Czego należy unikać lub nie powtarzać?

Co warto uwzględnić w przyszłości?



Zależność czasowa nie zawsze oznacza związek przyczynowy. Wnioski formułuj ostrożnie i w kontekście innych zmian w życiu oraz leczeniu pacjenta.



Podsumowanie serii i plan dalszego postępowania

Początek

Proces

Dalszy plan

1) DANE SERII

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Numer karty: _____

Data pierwszej wizyty: _____ Data ostatniej wizyty: _____ Łączna liczba wizyt: _____

Specjalista: _____

Powód zakończenia lub podsumowania serii: _____

- ☐ Cele osiągnięte ☐ Cele częściowo osiągnięte ☐ Brak wystarczającej korzyści ☐ Zmiana planu leczenia
☐ Decyzja pacjenta ☐ Skierowanie do innego specjalisty ☐ Przerwa organizacyjna ☐ Inny powód: _____

2) SYTUACJA POCZĄTKOWA

Główna dolegliwość na początku: _____

Czas trwania przed pierwszą wizytą: _____

Początkowe nasilenie 0–10: _____

Najważniejsze ograniczenie funkcjonalne: _____

Początkowy poziom trudności 0–10: _____

Główny cel pacjenta: _____

3) ZREALIZOWANE POSTĘPOWANIE

Główne podejście zastosowane w serii: _____

Najczęściej stosowane punkty lub grupy punktów: _____

Zastosowane techniki uzupełniające: _____

Średnia częstotliwość wizyt: _____

Najważniejsze modyfikacje planu: _____

Elementy, z których zrezygnowano: _____

4) WYNIK KOŃCOWY

Obszar	Stan początkowy	Stan końcowy	Zmiana
Główny objaw			
Funkcjonowanie			
Sen			
Energia			
Cel indywidualny			
Inny wskaźnik			

5) STOPIEŃ REALIZACJI CELÓW

CEL 1

Cel: _____

Wynik: ☐ Osiągnięty ☐ Częściowo
☐ Nieosiągnięty ☐ Nieaktualny

Najważniejszy dowód: _____

CEL 2

Cel: _____

Wynik: ☐ Osiągnięty ☐ Częściowo
☐ Nieosiągnięty ☐ Nieaktualny

Najważniejszy dowód: _____

CEL 3

Cel: _____

Wynik: ☐ Osiągnięty ☐ Częściowo
☐ Nieosiągnięty ☐ Nieaktualny

Najważniejszy dowód: _____

6) PERSPEKTYWA PACJENTA

Co pacjent uważa za najważniejszą korzyść? _____

Co nie zmieniło się zgodnie z oczekiwaniem? _____

Czy pacjent uważa, że seria była pomocna?

☐ Tak, wyraźnie ☐ Tak, częściowo ☐ Nie ☐ Trudno ocenić

Najważniejszy komentarz pacjenta: _____

7) BEZPIECZEŃSTWO I TOLERANCJA

- ☐ Brak istotnych problemów ☐ Łagodne reakcje przejściowe
☐ Reakcje wymagające modyfikacji ☐ Zdarzenie niepożądane
☐ Przerwanie z powodów bezpieczeństwa

Najważniejsza informacja dla przyszłych wizyt: _____

8) OGRANICZENIA OCENY

- ☐ Nieregularna obecność na wizytach ☐ Zmiana leków
☐ Równoległa terapia ☐ Nowy uraz lub choroba
☐ Znaczne zmiany stylu życia ☐ Brak systematycznych pomiarów
☐ Krótki okres obserwacji ☐ Inny czynnik: _____

Jak ograniczenia wpływają na interpretację wyniku? _____

9) PLAN DALSZEGO POSTĘPOWANIA

- ☐ Brak dalszych wizyt — cele osiągnięte ☐ Kontynuacja z innym celem
☐ Kontakt wyłącznie w razie potrzeby ☐ Przerwa obserwacyjna
☐ Wizyty podtrzymujące ☐ Konsultacja innego specjalisty
☐ Nowa ocena po określonym czasie ☐ Kontynuacja innej formy terapii

Uzgodniony kolejny krok: _____

Planowany termin: _____

Wskaźniki wymagające dalszego monitorowania: _____

Objawy lub sytuacje wymagające wcześniejszego kontaktu: _____

10) ZALECENIA KOŃCOWE PRZEKAZANE PACJENTOWI

- ☐ Omówiono wynik serii
☐ Omówiono utrzymanie osiągniętych zmian
☐ Omówiono realistyczne dalsze cele
☐ Przekazano informację, kiedy potrzebna jest konsultacja
☐ Pacjent miał możliwość zadawania pytań
☐ Pacjent otrzymał kopię podsumowania — jeżeli stosowane

Najważniejsze zalecenie końcowe: _____

11) ZAMKNIĘCIE DOKUMENTACJI

Data zamknięcia serii: _____

Dokumentacja kompletna: ☐ Tak ☐ Nie

Brakujące elementy: _____

Termin uzupełnienia — jeżeli dotyczy: _____

Podpis lub inicjały specjalisty: _____

Podpis pacjenta — jeżeli stosowany: _____

12) KOŃCOWE ZDANIE DLA PACJENTA



Dziękujemy za wspólną pracę. Zachowaj ustalony plan dalszego postępowania i skontaktuj się ze specjalistą, jeżeli pojawi się istotna zmiana stanu zdrowia, nowy niepokojący objaw lub potrzeba ponownej oceny.