**ЗОНЫ управления при болях Management ZONES**

[Логотип агентства]

| **ЗЕЛЕНАЯ ЗОНА** | **ВСЕ НОРМАЛЬНО (ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ)*** Приемлемый для вас уровень боли \_\_\_\_\_ (по шкале от 0 до 10, где 0 соответствует отсутствию боли, а 10 — самой сильной боли, которую когда-либо приходилось испытывать)
* Имеется возможность поддерживать уровень основной активности и хорошо отдыхать
* Новые боли не появляются
* Если вы принимаете опиоидный обезболивающий препарат, опорожнение кишечника происходит не реже одного раза в 2-3 дня
 | **Отлично!*** Вам удается удерживать боль на приемлемом для вас уровне
* Ваши действия:
	+ Продолжайте принимать лекарства в соответствии с предписаниями
	+ Продолжайте использовать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (лед, тепло, терапию и т. д.) одновременно с приемом лекарств
	+ Не пропускайте приемы у врача
	+ Продолжайте регулярно выполнять предписанные физические упражнения
 |
| --- | --- | --- |
| **ЖЕЛТАЯ ЗОНА** | **ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ****Если к вам относится хотя бы один из следующих пунктов:*** Боль на неприемлемом для вас уровне даже при выполнении обычных лечебных предписаний
* Нет возможности поддерживать уровень основной активности и хорошо отдыхать
* Появление новых, ранее не возникавших болей
* Если вы принимаете опиоидный обезболивающий препарат, опорожнение кишечника не происходит один раз в 2‑3 дня
* Вы спите больше обычного
* Вас тошнит
* Вы не можете сами принять лекарства
 | **Действуйте прямо сегодня!*** Возможно, вам понадобится изменить медицинский план обезболивания
* Ваши действия:
* Позвоните  **своей патронажной медсестре**

*(номер телефона агентства)** + Или же позвоните **своему врачу**

*(номер телефона врача)* |
| **КРАСНАЯ ЗОНА** | **ЭКСТРЕННАЯ СИТУАЦИЯ*** Обычные лечебные предписания не приносят никакого облегчения
* Появились новые сильные боли
* Если вы принимаете опиоидный обезболивающий препарат, опорожнение кишечника происходит реже одного раза в 3 дня
* У вас сильная сонливость
* У вас рвота
* У вас спутанное сознание
 | **Действуйте ПРЯМО СЕЙЧАС!*** Необходимо, чтобы вы или члены вашей семьи незамедлительно позвонили вашей медсестре или врачу
* Ваши действия:
* **Позвоните своей патронажной медсестре**

*(номер телефона агентства)** + **ИЛИ незамедлительно позвоните своему врачу**

*(номер телефона врача)* |

*Источники:* Хинкль и Чивер, (2018) Пособие Бруннер и Суддарт по уходу за хирургическими больными, 14-е издание; Льюис,Дирксен, Хайткемпер и Бюхер, (2014) *Уход за хирургическими больными: оценка клинических проблем и организация работ по уходу*,9-е издание; [*WebMD,*](http://www.webmd.com/pain-management/pain-management-faq#0) *2014*

*Данный материал подготовлен «Quality Insights», организацией по улучшению качества, входящей в сеть инновационного качества Medicare, которая ведет общенациональную кампанию «Улучшение качества медицинской помощи на дому» по контракту с Центрами по обслуживанию Medicare и Medicaid (CMS), агентством Министерства здравоохранения и социальных служб США. Изложенные мнения не обязательно отражают политику CMS. Номер публикации: 11SOW-WV-HH-MMD-040618R*