



Profesjonalna Karta Wywiadu Zdrowotnego

GOTOWY SYSTEM PROWADZENIA WYWIADU ZDROWOTNEGO
PRZED SESJĄ AURIKULOTERAPII



Dokumentacja konsultacji • obserwacja uszu
plan sesji • monitorowanie postępów



Uporządkowany przebieg konsultacji

Spójna struktura prowadzenia wywiadu.



Czytelna historia kolejnych wizyt

Łatwe dokumentowanie i porównywanie postępów.



Większa kontrola nad bezpieczeństwem i dokumentacją

Świadoma opieka i zgodność z dobrymi praktykami.



Wersja do druku
i uzupełniania cyfrowego



Prawa autorskie i ważna informacja



Materiał użytkowy do prowadzenia
wywiadu zdrowotnego przed sesją aurikuloterapii.



Prawa autorskie

Niniejszy materiał jest chroniony prawem autorskim.
Kopiowanie, odsprzedaż, udostępnianie i publikowanie całości
lub części bez zgody autora jest zabronione.



Przeznaczenie materiału

Karta służy do uporządkowanego dokumentowania konsultacji,
obserwacji uszu, doboru punktów, przebiegu sesji oraz
postępów podczas kolejnych wizyt.



Ważna uwaga

Materiał ma charakter organizacyjny i edukacyjny.
Nie zastępuje diagnozy lekarskiej, dokumentacji wymaganej
przepisami prawa ani indywidualnej oceny stanu zdrowia.



Odpowiedzialne stosowanie

- ☐ Uwzględnij przeciwwskazania i objawy alarmowe.
- ☐ W razie potrzeby skieruj pacjenta do lekarza lub innego
uprawnionego specjalisty.
- ☐ Dokumentuj informacje czytelnie i zgodnie z przebiegiem wizyty.
- ☐ Zadbaj o poufność danych i świadomą zgodę.



Dane wydania

Data przygotowania materiału	
Wersja	
Imię i nazwisko specjalisty	
Nazwa gabinetu	



Spis treści



Przegląd całej dokumentacji
od strony 00 do strony 49.

- 00 Okładka
- 01 Prawa autorskie i ważna informacja
- 02 Spis treści
- 03 Wprowadzenie



MODUŁ 01

Organizacja wywiadu i dane podstawowe

- 04 Okładka modułu
- 05 Jak korzystać z karty krok po kroku
- 06 Zasady bezpiecznego dokumentowania
- 07 Dane gabinetu i osoby prowadzącej
- 08 Dane pacjenta lub klienta
- 09 Główna dolegliwość i cel wizyty
- 10 Wstępna ocena bezpieczeństwa
i sytuacje wymagające skierowania



MODUŁ 02

Pełny wywiad zdrowotny

- 11 Okładka modułu
- 12 Charakterystyka aktualnych objawów
- 13 Początek, czas trwania i zmienność objawów
- 14 Mapa bólu i skala nasilenia
- 15 Rozpoznane choroby i aktualny stan zdrowia
- 16 Operacje, hospitalizacje, urazy i zabiegi
- 17 Leki, suplementy i preparaty ziołowe
- 18 Alergie, nadwrażliwości i reakcje skórne
- 19 Cięża, karmienie piersią i zdrowie hormonalne
- 20 Sen, stres, odżywianie, trawienie i styl życia



MODUŁ 03

Ocena ukierunkowana na aurikuloterapię

- 21 Okładka modułu
- 22 Wcześniejsze doświadczenia z aurikulterapią
- 23 Stan skóry i małżowin usznych
- 24 Przeciwwskazania i środki ostrożności
- 25 Obserwacja lewego ucha
- 26 Obserwacja prawego ucha
- 27 Mapa punktów tkliwych i reaktywnych
- 28 Matryca priorytetów terapeutycznych
- 29 Podsumowanie oceny początkowej



MODUŁ 04

Planowanie i rejestracja sesji

- 30 Okładka modułu
- 31 Cel bieżącej sesji
- 32 Dobór punktów i uzasadnienie
- 33 Metoda stymulacji i użyte materiały
- 34 Parametry przed rozpoczęciem sesji
- 35 Przebieg sesji i notatki specjalisty
- 36 Reakcje bezpośrednie i zdarzenia niepożądane
- 37 Zalecenia po sesji



MODUŁ 05

Monitorowanie postępów

- 38 Okładka modułu
- 39 Karta wizyty kontrolnej numer 1
- 40 Karta wizyty kontrolnej numer 2
- 41 Skale porównawcze postępów
- 42 Tabela przebiegu całego cyklu
- 43 Podsumowanie, zakończenie lub skierowanie



MODUŁ 06

Zgody, RODO i formularz gotowy do druku

- 44 Okładka modułu
- 45 Świadoma zgoda na sesję
- 46 Klauzula informacyjna dotycząca danych
- 47 Formularz zbiorczy — część 1
- 48 Formularz zbiorczy — część 2
- 49 Lista końcowa specjalisty i miejsce na podpisy



Wprowadzenie



Praktyczne narzędzie do prowadzenia uporządkowanego wywiadu zdrowotnego przed sesją aurikuloterapii.



1. Cel materiału

Karta pomaga zebrać kluczowe informacje o stanie zdrowia pacjenta, udokumentować przebieg konsultacji, poprawić organizację pracy oraz wspierać bezpieczeństwo i jakość opieki w procesie aurikuloterapii.



2. Co znajdziesz w środku

- ☐ Dane podstawowe i cel wizyty
- ☐ Pełny wywiad zdrowotny
- ☐ Ocena ukierunkowana na aurikuloterapię
- ☐ Planowanie i dokumentowanie sesji
- ☐ Monitorowanie postępów oraz formularze zgody



3. Korzyści z uporządkowanego wywiadu

- ✓ Mniejsze ryzyko pominięcia ważnych informacji
- ✓ Czytelna historia kolejnych spotkań
- ✓ Łatwiejsze planowanie kolejnych sesji
- ✓ Większa spójność dokumentacji



Ważne

W przypadku objawów alarmowych, nagłego pogorszenia stanu lub wątpliwości dotyczących bezpieczeństwa pacjent powinien zostać skierowany do lekarza lub odpowiedniego specjalisty.



MODUŁ 01

ORGANIZACJA WYWIADU I DANE PODSTAWOWE



Moduł wprowadzający, który porządkuje przebieg pierwszej konsultacji, dane podstawowe oraz ocenę bezpieczeństwa.



Zakres modułu

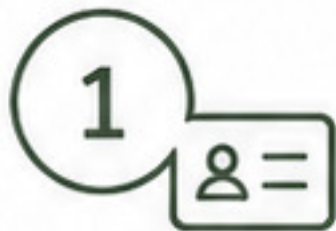
- 05 Jak korzystać z karty krok po kroku
- 06 Zasady bezpiecznego dokumentowania
- 07 Dane gabinetu i osoby prowadzącej
- 08 Dane pacjenta lub klienta
- 09 Główna dolegliwość i cel wizyty
- 10 Wstępna ocena bezpieczeństwa i sytuacje wymagające skierowania



Jak korzystać z karty krok po kroku



Wypełniaj kartę kolejno podczas rozmowy, obserwacji i podsumowania sesji.



1. Przygotuj dane podstawowe

wpisz dane gabinetu i pacjenta.



2. Ustal główną dolegliwość

zanotuj główny problem i cel wizyty.



3. Zbierz pełny wywiad

przejdź przez objawy, historię zdrowia, leki i alergie.



4. Oceń bezpieczeństwo

sprawdź przeciwwskazania i sytuacje wymagające skierowania.



5. Zaplanuj sesję

zapisz punkty, metodę stymulacji i przebieg sesji.



6. Monitoruj postępy

porównuj wizyty kontrolne i zapisuj reakcje.



Lista szybkiego startu

- ☐ Mam przygotowane dane pacjenta.
- ☐ Znam cel bieżącej wizyty.
- ☐ Sprawdziłem(-am) przeciwwskazania.
- ☐ Zaplanowałem(-am) dokumentowanie sesji.
- ☐ Zostawiłem(-am) miejsce na zalecenia i obserwacje.



Zasady bezpiecznego dokumentowania



Dokumentacja powinna być czytelna, zgodna z przebiegiem wizyty i prowadzona z poszanowaniem poufności danych.



Dokumentuj

- ☐ Fakty i obserwacje, a nie domysły
- ☐ Datę wizyty i kolejność działań
- ☐ Zgłaszane objawy własnymi słowami pacjenta, jeśli to istotne
- ☐ Zastosowane punkty, metodę i reakcję po sesji
- ☐ Informacje o zgodzie i zaleceniach po sesji



Unikaj

- ☐ Nieczytelnych skrótów bez wyjaśnienia
- ☐ Pustych pól w kluczowych sekcjach
- ☐ Danych zbędnych do celu konsultacji
- ☐ Subiektywnych ocen bez uzasadnienia
- ☐ Pozostawiania dokumentacji bez zabezpieczenia



Szczególna uwaga

W razie stwierdzenia objawów alarmowych, nagłego bólu, zastąpienia, ciężkiej reakcji skórnej lub innych niepokojących sygnałów należy przerwać działanie i rozważyć pilne skierowanie do lekarza.



Dane gabinetu i osoby prowadzącej

Nazwa gabinetu

Adres gabinetu

Telefon

E-mail

Strona internetowa

Imię i nazwisko osoby prowadzącej

Zawód / specjalizacja

Numer certyfikatu / uprawnień
(jeśli dotyczy)

Doświadczenie / obszar pracy

Data rozpoczęcia korzystania z karty

Podpis lub parafta osoby prowadzącej



Wypełnij raz
na początku
lub aktualizuj
przy zmianie
danych.



Dane pacjenta lub klienta

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Adres	
Osoba do kontaktu w nagłej sytuacji	
Telefon do osoby kontaktowej	
Relacja	
Data pierwszej wizyty	
Źródło zgłoszenia / polecenia	

Preferowana forma kontaktu

☐ telefon ☐ SMS ☐ e-mail ☐ inna _____

Uwagi organizacyjne



Zakres zbieranych danych powinien być adekwatny do celu konsultacji i zgodny z zasadami poufności.



Główna dolegliwość i cel wizyty

1 Główna dolegliwość

2 Cel bieżącej wizyty

3 Od kiedy występuje problem?

4 Jak często występuje?

5 Co nasila objawy?

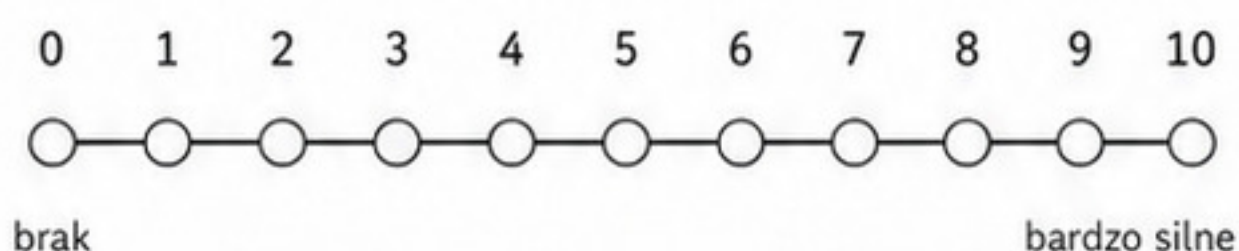
6 Co je łagodzi?

7 Najbardziej uciążliwe objawy towarzyszące

8 Priorytet pacjenta na dziś

- ☐ zmniejszenie bólu
- ☐ redukcja stresu
- ☐ poprawa snu
- ☐ większy komfort codzienny
- ☐ inne _____

9 Subiektywne nasilenie głównej dolegliwości dziś



Opisuj problem krótko, konkretnie i w języku zrozumiałym dla pacjenta.



Wstępna ocena bezpieczeństwa i sytuacje wymagające skierowania



Przed rozpoczęciem sesji sprawdź bezpieczeństwo i zaznacz sytuacje wymagające ostrożności lub skierowania.

1 Objawy alarmowe — zaznacz, jeśli występują

- | | |
|---|--|
| ☐ nagły, silny ból | ☐ świeży uraz |
| ☐ ból w klatce piersiowej | ☐ gorączka lub ostra infekcja |
| ☐ duszność | ☐ silna reakcja skórna |
| ☐ zasłabnięcie / utrata przytomności | ☐ inne _____ |

2 Czynniki wymagające szczególnej ostrożności

- | | |
|---|--|
| ☐ ciąża wysokiego ryzyka | ☐ aktywny stan zapalny |
| ☐ leczenie przeciwzakrzepowe | ☐ niedawny zabieg |
| ☐ zaburzenia krzepnięcia | ☐ istotne schorzenie przewlekłe |
| ☐ choroby skóry w obrębie uszu | ☐ inne _____ |

3 Decyzja wstępna

☐ można przejść do sesji

☐ należy ograniczyć zakres
i monitorować

☐ konieczne skierowanie /
konsultacja medyczna

4 Uzasadnienie / notatki



Ważne — W przypadku objawów alarmowych lub wątpliwości dotyczących bezpieczeństwa pacjent powinien zostać skierowany do lekarza lub innego uprawnionego specjalisty.



MODUŁ 02

PEŁNY WYWIAD ZDROWOTNY



Moduł obejmuje szczegółowy wywiad dotyczący objawów, historii zdrowia, leczenia, alergii oraz wybranych aspektów stylu życia.



Zakres modułu

- | | |
|----|--|
| 12 | Charakterystyka aktualnych objawów |
| 13 | Początek, czas trwania i zmienność objawów |
| 14 | Mapa bólu i skala nasilenia |
| 15 | Rozpoznane choroby i aktualny stan zdrowia |
| 16 | Operacje, hospitalizacje, urazy i zabiegi |
| 17 | Leki, suplementy i preparaty ziołowe |
| 18 | Alergie, nadwrażliwości i reakcje skórne |
| 19 | Ciąża, karmienie piersią i zdrowie hormonalne |
| 20 | Sen, stres, odżywianie, trawienie i styl życia |



Charakterystyka aktualnych objawów



Opisz objawy konkretnie i w słowach zrozumiałych dla pacjenta.

1. Najważniejsze objawy

2. Lokalizacja

3. Charakter objawu

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ ból | ☐ napięcie | ☐ pieczenie | ☐ drętwienie |
| ☐ mrowienie | ☐ świąd | ☐ inne _____ | |

4. Co przeszkadza najbardziej?

5. W jakich sytuacjach objawy są najbardziej odczuwalne?

6. Wpływ na codzienne funkcjonowanie

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ sen | ☐ praca | ☐ ruch | ☐ nastrój |
| ☐ koncentracja | ☐ apetyt | ☐ relacje | ☐ inne _____ |

7. Dodatkowe obserwacje specjalisty



Początek, czas trwania i zmienność objawów



Ta strona pomaga określić przebieg objawów w czasie.

1 Kiedy objawy pojawiły się po raz pierwszy?

2 Początek był

- ☐ nagły
☐ stopniowy
☐ trudny do określenia

Jak długo trwają epizody?

3 Czy objawy są stałe czy nawracające?

- ☐ stałe ☐ nawracające ☐ okresowe ☐ zmienne

4 Jak często występują?

- ☐ codziennie ☐ kilka razy w tygodniu ☐ rzadziej

5 Przebieg objawów w czasie – zaznacz ważne momenty

początek
problemu

obecnie

6 Zmienność w ciągu dnia

	łagodniejsze	bez zmian	silniejsze
rano	☐	☐	☐
południe	☐	☐	☐
wieczór	☐	☐	☐
noc	☐	☐	☐

7 Czynniki wpływające na zmianę objawów

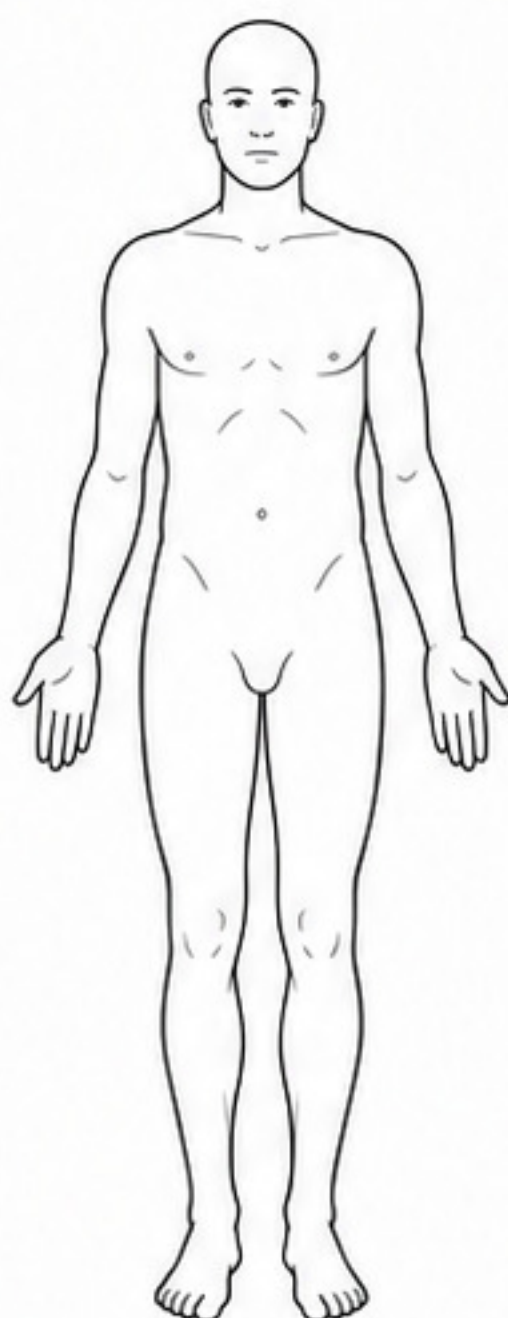


Mapa bólu i skala nasilenia

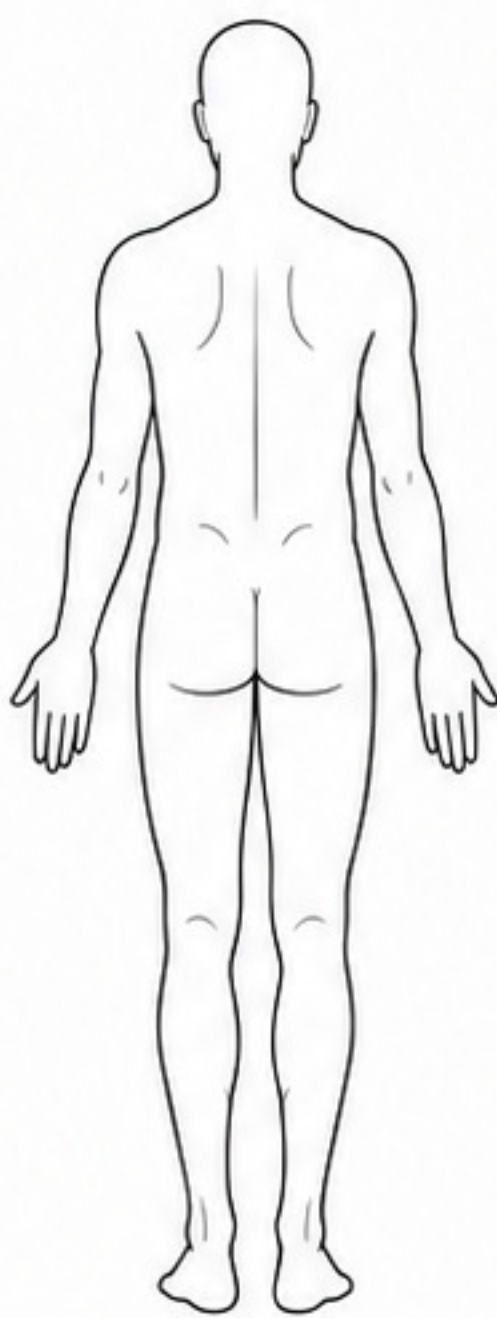


Zaznacz obszary dolegliwości i określ nasilenie objawów.

widok z przodu



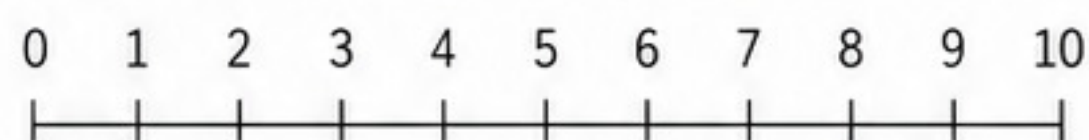
widok z tyłu



zaznacz miejsca dolegliwości

Skale natężenia

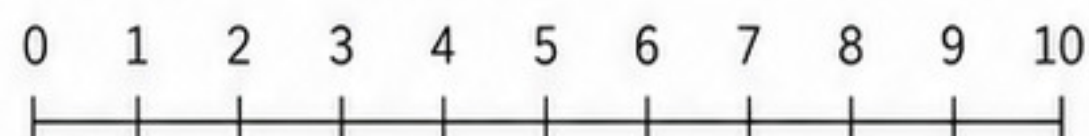
ból teraz



brak

bardzo silne

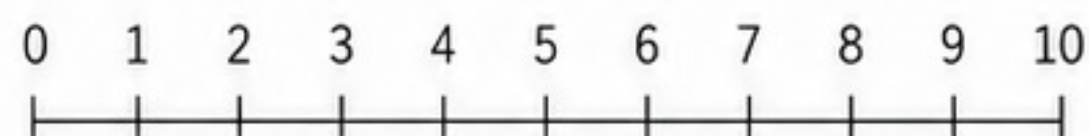
ból w najgorszym momencie



brak

bardzo silne

średnie nasilenie w ostatnich dniach



brak

bardzo silne

Rodzaj dolegliwości

☐ tępy

☐ sztywność

☐ ostry

☐ napięcie

☐ pulsujący

☐ inne _____

☐ promieniujący

Uwagi dodatkowe



Rozpoznane choroby i aktualny stan zdrowia



Zapisz rozpoznane schorzenia oraz istotne informacje o aktualnym stanie zdrowia.

1 Rozpoznane choroby

☐ sercowo-naczyniowe

☐ dermatologiczne

☐ endokrynologiczne

☐ psychiczne

☐ neurologiczne

☐ onkologiczne

☐ ortopedyczne

☐ ginekologiczne / hormonalne

☐ autoimmunologiczne

☐ inne _____

2 Szczegóły rozpoznań / uwagi

3 Aktualny stan zdrowia

☐ stabilny

☐ w trakcie diagnostyki

☐ po niedawnym pogorszeniu

☐ po niedawnym leczeniu

4 Opieka lekarska / specjaliści prowadzący

5 Istotne badania lub wyniki



Operacje, hospitalizacje, urazy i zabiegi



Uwzględnij zdarzenia, które mogą mieć znaczenie dla obecnego stanu zdrowia.

☐ operacje ☐ hospitalizacje ☐ urazy ☐ zabiegi ☐ inne _____

Rok / data	Rodzaj zdarzenia	Miejsce / okolica	Skutek / uwagi

Czy obecna dolegliwość może być związana z wcześniejszym zdarzeniem?

☐ tak ☐ nie ☐ nie wiadomo

Uwagi / wyjaśnienia _____

Dodatkowe informacje



Leki, suplementy i preparaty ziołowe



Zapisz wszystkie regularnie lub doraźnie stosowane preparaty, jeśli są istotne dla konsultacji.

Nazwa	Dawka	Cel stosowania	Jak często?	Od kiedy?



Uwzględnij szczególnie

- ☐ leki przeciwbólowe
- ☐ leki przeciwzakrzepowe
- ☐ leki hormonalne
- ☐ suplementy
- ☐ zioła / mieszanki
- ☐ preparaty stosowane doraźnie



Pacjent ma listę leków / zdjęcie opakowań

☐ tak

☐ nie



Alergie, nadwrażliwości i reakcje skórne



Ta strona pomaga zidentyfikować czynniki, które mogą wpływać na bezpieczeństwo sesji.

1. Rodzaj alergii / nadwrażliwości

☐ leki

☐ żywność

☐ metale

☐ plaster / klej

☐ lateks

☐ kosmetyki

☐ zioła

☐ inne _____

2. Opis reakcji

3. Czy występowały reakcje skórne w obrębie uszu lub po kontakcie z materiałami?

☐ tak

☐ nie

Jeśli tak, opisz okoliczności i reakcje:

4. Nasilenie reakcji

☐ łagodne

☐ umiarkowane

☐ silne

☐ wymagało pomocy medycznej

5. Dodatkowe uwagi



W przypadku wywiadu ciężkich reakcji alergicznych zachowaj szczególną ostrożność i w razie potrzeby rozważ skierowanie.



Ciąża, karmienie piersią i zdrowie hormonalne



Wypełnij sekcje adekwatne do sytuacji pacjenta — jeśli dotyczy.

1 Ciąża

☐

tak

☐

nie

☐

nie dotyczy

☐

nie wiadomo

tydzień ciąży

czy ciąża przebiega prawidłowo?

2 Karmienie piersią

☐

tak

☐

nie

☐

nie dotyczy

uwagi

3 Terapia hormonalna / leki hormonalne

☐

tak

☐

nie

uwagi

4 Istotne informacje dotyczące zdrowia hormonalnego

☐

nieregularne cykle

☐

bolesne miesiączki

☐

objawy PMS

☐

menopauza

☐

uderzenia gorąca

☐

wahania nastroju

☐

inne

5 Dodatkowe uwagi specjalisty



W przypadku ciąży, terapii hormonalnej lub innych istotnych czynników należy dobrać postępowanie z uwzględnieniem bezpieczeństwa.



Sen, stres, odżywianie, trawienie i styl życia



Zbierz informacje o codziennych nawykach, które mogą wpływać na samopoczucie i przebieg sesji.

1. Sen

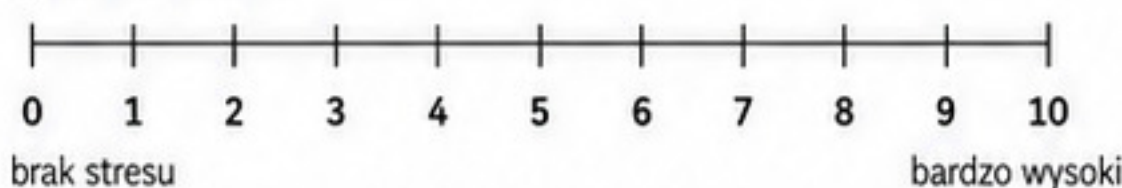
średnia liczba godzin snu

uwagi

- ☐ sen regenerujący
- ☐ wybudzenia nocne
- ☐ trudności z zasypianiem
- ☐ sen przerywany

2. Stres i napięcie

poziom stresu



- ☐ napięcie
- ☐ drażliwość
- ☐ zmęczenie
- ☐ ból głowy
- ☐ inne

główne źródła stresu

3. Odżywianie i nawodnienie

regularność
posiłków

apetyt

nawodnienie

☐ kawa

☐ alkohol

☐ palenie

inne uwagi

4. Trawienie

- ☐ wzdęcia
- ☐ zaparcia
- ☐ biegunki
- ☐ zgaga
- ☐ nudności
- ☐ inne

uwagi

5. Styl życia

- ☐ praca siedząca
- ☐ praca fizyczna
- ☐ aktywność fizyczna
- ☐ mało ruchu
- ☐ techniki relaksacyjne

dodatkowe obserwacje specjalisty



MODUŁ 03

OCENA UKIERUNKOWANA NA AURIKULOTERAPIĘ



Moduł obejmuje ocenę doświadczeń z aurikuloterapią, stanu małżowin usznych, przeciwwskazań, obserwacji uszu oraz podsumowania oceny początkowej.



Zakres modułu

- | | |
|----|--|
| 22 | Wcześniejsze doświadczenia z aurikuloterapią |
| 23 | Stan skóry i małżowin usznych |
| 24 | Przeciwwskazania i środki ostrożności |
| 25 | Obserwacja lewego ucha |
| 26 | Obserwacja prawego ucha |
| 27 | Mapa punktów tkliwych i reaktywnych |
| 28 | Matryca priorytetów terapeutycznych |
| 29 | Podsumowanie oceny początkowej |



Wcześniejsze doświadczenia z aurikuloterapią



Zanotuj wcześniejsze doświadczenia pacjenta, aby lepiej ocenić tolerancję i oczekiwania wobec sesji.

1. Czy pacjent korzystał wcześniej z aurikuloterapii?

☐

tak

☐

nie

☐

nie pamięta

2. Kiedy i ile sesji?

3. Z jakiego powodu prowadzono wcześniejsze sesje?

☐

ból

☐

stres

☐

sen

☐

napięcie

☐

inne

4. Stosowane metody

☐

igły

☐

nasiona / kulki

☐

magnesy

☐

ucisk manualny

☐

elektrostymulacja

☐

inne

5. Jakie były reakcje po sesjach?

☐

poprawa

☐

brak zmian

☐

chwilowe nasilenie

☐

dyskomfort

☐

reakcja skórna

☐

inne

6. Co było dobrze tolerowane, a co nie?

7. Oczekiwania pacjenta wobec obecnej sesji

8. Dodatkowe uwagi specjalisty



Stan skóry i małżowin usznych



Oceń wygląd skóry i małżowin usznych przed rozpoczęciem pracy na uchu.

1. Ocena ogólna

- | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ skóra bez widocznych zmian | ☐ obrzęk | ☐ wydzielina |
| ☐ zaczerwienienie | ☐ podrażnienie | ☐ inne _____ |
| ☐ przesuszenie | ☐ uszkodzenia | |

2. Ocena porównawcza

Lewe ucho



Prawe ucho

kolor

- ☐ prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐ nierównomierny

temperatura

- ☐ prawidłowa ☐ cieplejsza ☐ chłodniejsza

wrażliwość

- ☐ brak ☐ zwiększona ☐ bolesna

zmiany skórne

- ☐ brak ☐ łagodne ☐ wyraźne

blizny / przekłucia

- ☐ brak ☐ blizny ☐ przekłucia

kolor

- ☐ prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐ nierównomierny

temperatura

- ☐ prawidłowa ☐ cieplejsza ☐ chłodniejsza

wrażliwość

- ☐ brak ☐ zwiększona ☐ bolesna

zmiany skórne

- ☐ brak ☐ łagodne ☐ wyraźne

blizny / przekłucia

- ☐ brak ☐ blizny ☐ przekłucia

3. Czy występują miejsca wymagające ominięcia lub szczególnej ostrożności?

- ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, opisz:

4. Dodatkowe obserwacje



Przeciwwskazania i środki ostrożności



Sprawdź czynniki, które mogą wymagać zmiany postępowania, odroczenia sesji lub skierowania.

1. Możliwe przeciwwskazania lub powody do odroczenia

- | | |
|--|---|
| ☐ aktywna infekcja | ☐ zły stan ogólny |
| ☐ świeże uszkodzenie ucha | ☐ omdlenia w wywiadzie |
| ☐ silna reakcja skórna | ☐ inne _____ |
| ☐ gorączka | |

2. Sytuacje wymagające zwiększonej ostrożności

- | | |
|---|--|
| ☐ leczenie przeciwzakrzepowe | ☐ istotne schorzenie przewlekłe |
| ☐ ciąża wysokiego ryzyka | ☐ duży lęk przed zabiegiem |
| ☐ zaburzenia czucia | ☐ inne _____ |

3. Decyzja



można
kontynuować



należy
zmodyfikować
postępowanie



należy odroczyć /
skierować

4. Uzasadnienie / plan ostrożności



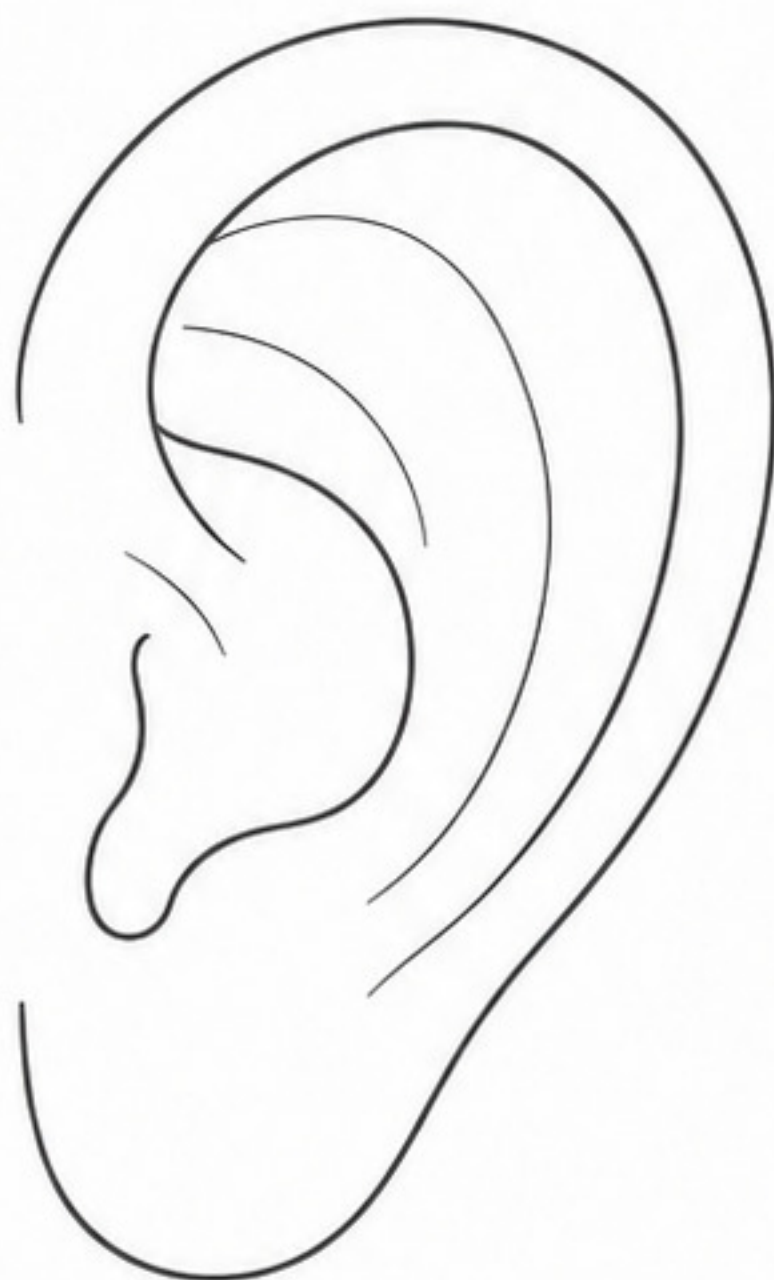
W razie wątpliwości dotyczących bezpieczeństwa należy rozważyć odroczenie sesji lub skierowanie pacjenta do lekarza.



Obserwacja prawego ucha



Zaznacz obserwacje dotyczące prawego ucha oraz miejsca wymagające uwagi podczas planowania sesji.



Ocena prawego ucha

- ☐ bez zmian
- ☐ zaczerwienienie
- ☐ tkliwość
- ☐ suchość
- ☐ obrzęk
- ☐ blizny
- ☐ przekłucia
- ☐ inne _____

obszary szczególne

Zanotowane punkty / miejsca

okolica	rodzaj obserwacji	uwagi

Wnioski do planu sesji



Obserwacja lewego ucha



Zaznacz obserwacje dotyczące lewego ucha oraz miejsca wymagające uwagi podczas planowania sesji.



Ocena lewego ucha

- ☐ bez zmian
- ☐ zaczerwienienie
- ☐ tkliwość
- ☐ suchość
- ☐ obrzęk
- ☐ blizny
- ☐ przekłucia
- ☐ inne _____

Obszary szczególne

Zanotowane punkty / miejsca

okolica	rodzaj obserwacji	uwagi

Wnioski do planu sesji



Mapa punktów tkliwych i reaktywnych



Zaznacz punkty tkliwe lub reaktywne oraz opisz ich znaczenie dla planowania sesji.

Lewe ucho



Prawe ucho



Legenda

- punkt tkliwy
- zmiana skórna
- ★ punkt priorytetowy
- ↗ promieniowanie / reakcja

Rejestr punktów

punkt / okolica	ucho	rodzaj reakcji	nasilenie 0–10	uwagi

Ogólna interpretacja



Matryca priorytetów terapeutycznych



Uporządkuj cele i obserwacje, aby ustalić priorytety pierwszej sesji aurikuloterapii.

1. Matryca priorytetów

obszar / problem	znaczenie (1–5)	nasilenie (1–5)	priorytet	uwagi
			A B C	
			A B C	
			A B C	
			A B C	
			A B C	
			A B C	

2. Cel główny pierwszej sesji

3. Najważniejsze punkty do uwzględnienia

4. Czynniki wpływające na dobór priorytetów

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ główna dolegliwość | ☐ komfort pacjenta | ☐ bezpieczeństwo |
| ☐ czas trwania objawów | ☐ reaktywność ucha | ☐ inne _____ |

5. Komentarz specjalisty



Podsumowanie oceny początkowej



Podsumuj najważniejsze wnioski z wywiadu i obserwacji przed planowaniem pierwszej sesji.

1. Główna dolegliwość / cel wizyty

2. Najważniejsze informacje z wywiadu zdrowotnego

3. Najważniejsze obserwacje z oceny uszu

4. Przeciwwskazania / środki ostrożności

5. Wstępny plan działania

cel pierwszej sesji

punkty / obszary do uwzględnienia

6. Decyzja końcowa

☐

gotowość do sesji

☐

sesja z modyfikacją ostrożności

☐

wskazane odroczenie /
skierowanie

7. Podpis / parafa specjalisty

data



MODUŁ 04

PLANOWANIE I REJESTRACJA SESJI



Każda decyzja powinna mieć jasny cel, uzasadnienie i zapis.

CEL



PUNKTY



METODA



SESJA

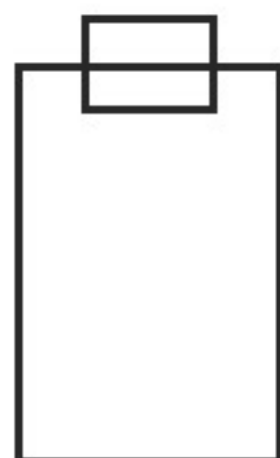


REAKCJA

W tej części określisz cel bieżącej sesji, zapiszesz wybrane punkty, zastosowaną metodę i materiały, parametry początkowe, przebieg spotkania oraz reakcje bezpośrednie.



Dokumentuj nie tylko to, co zostało wykonane, lecz także dlaczego podjęto daną decyzję i jak zareagował pacjent lub klient.





CEL BIEŻĄCEJ SESJI



Wybierz jeden cel główny. Cele dodatkowe uwzględnij tylko wtedy, gdy nie utrudnią oceny efektu sesji.

1. GŁÓWNY CEL

Główna dolegliwość lub potrzeba:

Główny cel bieżącej sesji:

2. STAN POCZĄTKOWY

Aktualne nasilenie głównej dolegliwości: ____ / 10

Wpływ na codzienne funkcjonowanie: ____ / 10

Najważniejszy objaw przed sesją: _____

Czy objaw występuje w tej chwili?

☐ Tak

☐ Nie

☐ Częściowo

☐ Trudno określić

3. OCZEKIWANA ZMIANA

☐ Niższe nasilenie bólu

☐ Mniejsze napięcie

☐ Większy zakres ruchu

☐ Większe poczucie spokoju

☐ Łatwiejszy oddech

☐ Zmniejszenie częstotliwości

Sposób oceny rezultatu:

4. REALNOŚĆ I METODA OCENY

☐ Cel możliwy do zaobserwowania

☐ Pacjent rozumie indywidualną reakcję

☐ Cel w zakresie kompetencji

☐ Skala 0-10

☐ Opis pacjenta

☐ Podczas kolejnej wizyty



DOBÓR PUNKTÓW I UZASADNIENIE

i

Wpisz wyłącznie punkty rzeczywiście zaplanowane do zastosowania. Każdy wybór powinien mieć krótkie uzasadnienie.

1. STRATEGIA DOBORU

☐ Główna dolegliwość

☐ Cel wspierający

☐ Ocena stanu aktualnego

☐ Punkt tkliwy lub reaktywny

☐ Wcześniejsza pozytywna reakcja

☐ Inna podstawa

2. TABELA WYBRANYCH PUNKTÓW

Oznaczenia: L - lewe ucho, P - prawe ucho, O - oba uszy. Priorytet: 1 główny, 2 wspierający, 3 rezerwowy.

3. UZASADNIENIE GŁÓWNYCH PUNKTÓW

Punkt główny 1: _____

Dlaczego: _____

Punkt główny 2: _____

Dlaczego: _____

Punkt główny 3: _____

Dlaczego: _____

4. KONTROLA SPÓJNOŚCI

☐ Każdy punkt ma uzasadnienie

☐ Pacjent zaakceptował plan

☐ Uwzględniono stan skóry

☐ Liczba punktów możliwa do monitorowania



METODA STYMULACJI I MATERIAŁY



Zaznacz faktycznie zastosowaną metodę i sprawdź zgodność materiałów z informacjami o alergiach oraz reakcjach skórnych.

1. PLANOWANA I ZASTOSOWANA METODA

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Ucisk manualny | ☐ Nasiona Vaccaria | ☐ Kulki stalowe |
| ☐ Magnesy | ☐ Igły jednorazowe | ☐ Igły półstałe |
| ☐ Elektrostimulacja | ☐ Laser | ☐ Inna metoda |

Metoda zastosowana ostatecznie:

2. MATERIAŁY

Rodzaj plastra:

Producent lub oznaczenie produktu:

Rodzaj materiału stymulującego:

Numer partii / data ważności:

3. KONTROLA ALERGII I PRZYGOTOWANIE

- | | |
|--|---|
| ☐ Alergia na plaster lub klej | ☐ Nadwrażliwość na metal |
| ☐ Wcześniejsze reakcje skórne | ☐ Stan skóry w miejscu aplikacji |
| ☐ Oczyszczono skórę | ☐ Osuszono skórę |

4. CZAS I INSTRUKCJE

Planowany czas stymulacji podczas wizyty:

Czas pozostawienia materiału po sesji:



Jednorazowe materiały należy stosować zgodnie z ich przeznaczeniem, instrukcją producenta oraz zasadami higieny.



PARAMETRY PRZED SESJĄ



Wybierz tylko parametry, które mają znaczenie dla celu sesji i mogą zostać sprawdzone ponownie po jej zakończeniu.

1. UKŁAD PRZED - WARTOŚCI 0-10

Dolegliwość

___ / 10

Stres

___ / 10

Napięcie

___ / 10

Energia

___ / 10

Samopoczucie

___ / 10

Funkcja

___ / 10

2. GŁÓWNA DOLEGLIWOŚĆ

Lokalizacja:

☐ Ból

☐ Napięcie

☐ Sztywność

☐ Pieczenie

☐ Drętwienie

☐ Mrowienie

☐ Ciężkość

☐ Inne

3. ZAKRES RUCHU LUB FUNKCJA

Oceniany ruch lub czynność:

Wynik przed sesją:

4. POMIARY DODATKOWE I GOTOWOŚĆ

Ciepłota: ___ / ___ mmHg

Tętno: ___ / min

Jakość snu: ___ / 10

Zmęczenie: ___ / 10

☐ Jadł w ostatnich godzinach

☐ Wypił płyny

☐ Przyjął lek wpływający na samopoczucie

☐ Stan pozwala rozpocząć sesję



PRZEBIEG SESJI



Zapis powinien być chronologiczny i oparty na faktach.

1. INFORMACJE PODSTAWOWE

Data sesji: ____ / ____ / ____

Godzina rozpoczęcia: ____

Godzina zakończenia: ____

Numer sesji w cyklu: ____

2. PRZYGOTOWANIE PACJENTA LUB KLIENTA

☐ Wyjaśniono przebieg

☐ Potwierdzono zgodę

☐ Sprawdzone samopoczucie

☐ Sprawdzone stan uszu

☐ Przygotowano skórę

☐ Ułożono wygodnie

3. KOLEJNOŚĆ DZIAŁAŃ

4. PUNKTY ZASTOSOWANE OSTATECZNIE

5. ZMIANY, REAKCJE I ZAKOŃCZENIE

☐ Plan zmieniony

☐ Rozluźnienie

☐ Ciepło

☐ Senność

☐ Mrowienie

☐ Ból

☐ Sprawdzone skórę

☐ Przekazano instrukcje

Obserwacje osoby prowadzącej:



REAKCJE BEZPOŚREDNIE I ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE



W przypadku niepokojącej reakcji przerwij działanie, oceń stan osoby i postępuj zgodnie z zakresem kompetencji.

1. REAKCJE ŁAGODNE

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Tkliwość | ☐ Ciepło | ☐ Chłód |
| ☐ Mrowienie | ☐ Senność | ☐ Rozluźnienie |
| ☐ Brak reakcji | | |

Opis / czas trwania:

2. REAKCJE WYMAGAJĄCE UWAGI

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| ☐ Silny ból | ☐ Zaczerrwienie | ☐ Obrzęk |
| ☐ Krwawienie | ☐ Reakcja na plaster | ☐ Zawroty głowy |
| ☐ Nudności | | |

Opis / czas trwania:

3. OBJAWY ALARMOWE

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Utrata przytomności | ☐ Trudności w oddychaniu | ☐ Ból w klatce piersiowej |
| ☐ Silna reakcja alergiczna | ☐ Drgawki | ☐ Nie wystąpiły |

Opis / czas trwania:

4. PODJĘTE DZIAŁANIA I DOKUMENTACJA

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Przerwano stymulację | ☐ Usunięto materiał | ☐ Zapewniono odpoczynek |
| ☐ Kontrolowano samopoczucie | ☐ Wezwano pomoc | ☐ Ustalono kontakt kontrolny |

Dokładny opis podjętych działań:



ZALECENIA PO SESJI



Przełącz jasne instrukcje dotyczące samodzielnej stymulacji, kontroli skóry, usuwania materiału i obserwacji efektu.

1. PODSUMOWANIE SESJI

Data sesji: ____ / ____ / ____

Zastosowana metoda: _____

Materiał pozostawiony na uchu

Ucho: L / P / oba

2. SAMODZIELNA STYMULACJA

☐ Nie zalecono

☐ Raz dziennie

☐ Dwa razy dziennie

☐ Trzy razy dziennie

☐ Delikatna siła

☐ Umiarkowana siła

Czas pojedynczego ucisku:

3. KONTROLA SKÓRY I KIEDY USUNĄĆ MATERIAŁ

☐ Narastające zaczerwienienie

☐ Obrzęk

☐ Świąd

☐ Pieczenie

☐ Rana

☐ Krwawienie

☐ Wydzielina

☐ Silny ból

☐ Pogorszenie samopoczucia

4. OBSERWACJA EFEKTU

☐ Nasilenie dolegliwości

☐ Częstotliwość objawu

☐ Jakość snu

☐ Poziom stresu

☐ Zakres ruchu

☐ Poziom energii

☐ Reakcja skóry

☐ Inny parametr

5. DODATKOWE ZALECENIA I KONTAKT

Indywidualne zalecenia:

Planowana data kolejnej wizyty:

Podpis pacjenta lub klienta:



MODUŁ 05

MONITOROWANIE POSTĘPÓW



Porównuj kolejne wizyty i opieraj decyzje na zapisanych zmianach.

Zakres modułu

- 39** Karta wizyty kontrolnej numer 1
- 40** Karta wizyty kontrolnej numer 2
- 41** Skale porównawcze postępów
- 42** Tabela przebiegu całego cyklu
- 43** Podsumowanie, zakończenie lub skierowanie



WIZYTA KONTROLNA NR 1



Sprawdź reakcję po poprzedniej sesji i decyzję dotyczącą kolejnego spotkania.

1. DANE WIZYTY

Data wizyty kontrolnej

Data poprzedniej sesji

Liczba dni od poprzedniego spotkania

Osoba prowadząca

2. STAN OD POPRZEDNIEJ SESJI

☐ Wyraźna poprawa

☐ Częściowa poprawa

☐ Niewielka poprawa

☐ Brak zmiany

☐ Pogorszenie

☐ Trudno określić

3. GŁÓWNA DOLEGLIWOŚĆ

Przed sesją

/10

Po sesji

/10

Najniższe

/10

Najwyższe

/10

Obecnie

/10

4. FUNKCJONOWANIE, SKÓRA I ZALECENIA

☐ Sen

☐ Praca

☐ Ruch

☐ Koncentracja

☐ Energia

☐ Stres

☐ Trawienie

☐ Aktywność

☐ Reakcja skórna

☐ Ucisk zgodnie z zaleceniem

☐ Nowa dolegliwość

☐ Zmiana leku

Opis zauważonej zmiany:

5. DECYZJA DOTYCZĄCA KOLEJNEJ SESJI

☐ Kontynuować ten sam plan

☐ Zmniejszyć liczbę punktów

☐ Zmienić materiał

☐ Zmienić metodę

☐ Odroczyć sesję

☐ Zalecić konsultację

☐ Zakończyć cykl

☐ Inna decyzja

Główny cel bieżącej sesji:

Parametr do ponownej oceny:

Aktualna wartość:

Planowana data kolejnej kontroli:



WIZYTA KONTROLNA NR 2

PIERWSZA WIZYTA

0-10

POPRIEDNIA WIZYTA

0-10

DZISIAJ

0-10

1. DANE WIZYTY

Data wizyty kontrolnej	
Data poprzedniej sesji	
Data pierwszej sesji w cyklu	
Numer bieżącej sesji	
Liczba dni od poprzedniego spotkania	
Osoba prowadząca	

3. PORÓWNANIE GŁÓWNEJ DOLEGLIWOŚCI

Nasilenie podczas pierwszej wizyty	0-10
Nasilenie przed poprzednią sesją	0-10
Najniższe nasilenie od poprzedniej sesji	0-10
Najwyższe nasilenie od poprzedniej sesji	0-10
Nasilenie obecnie	0-10
Różnica względem pierwszej wizyty	-10 do +10

Zmiana jest: ☐ Wyraźna ☐ Umiarkowana ☐ Niewielka ☐ Niezauważalna
☐ Niekorzystna ☐ Trudna do oceny

5. FUNKCJONOWANIE

Obszar	Ocena podczas pierwszej wizyty 0-10	Ocena obecna 0-10
Jakość snu		
Poziom energii		
Poziom stresu		
Codzienna aktywność		
Komfort ruchu		
Koncentracja		
Nastroj		
Ogólne samopoczucie		

Największa poprawa nastąpiła w obszarze

Obszar bez zauważalnej zmiany

8. REALIZACJA ZALECEŃ

Stopień realizacji zaleceń:

☐ Pełna ☐ Większościowo ☐ Częściowo ☐ Minimalna ☐ Brak

Zrealizowane zalecenia (zaznacz wszystkie, które dotyczyły pacjenta):

☐ Ćwiczenia / rozciąganie ☐ Prowadzenie dzienniczka ☐ Aktywność fizyczna
☐ Techniki oddechowe ☐ Dieta / nawodnienie ☐ Leki / suplementy
☐ Higiena snu ☐ Redukcja stresu ☐ Inne

Co utrudniało realizację zaleceń?

10. OCENA DOTYCZCZASOWEJ STRATEGII

Ogólna ocena dotychczasowego planu:

☐ Bardzo skuteczny ☐ Skuteczny ☐ Umiarkowanie skuteczny
☐ Mało skuteczny ☐ Nieskuteczny ☐ Trudna do oceny

Najbardziej skuteczny element dotychczasowego planu

Element wymagający zmiany

12. CEL KOLEJNEGO ETAPU

Główny cel kolejnej sesji lub etapu

Parametr do monitorowania

Aktualna wartość

Planowany termin kolejnej wizyty

2. OGÓLNY KIERUNEK ZMIAN

☐ Wyraźna i utrzymująca się poprawa ☐ Brak wyraźnej zmiany
☐ Stopniowa poprawa ☐ Naprzemienna poprawa i pogorszenie
☐ Poprawa krótkotrwała po każdej sesji ☐ Stopniowe pogorszenie
☐ Niewielka poprawa ☐ Trudno określić

Najważniejsza pozytywna zmiana

Najważniejsza trudność, która nadal występuje

4. CZĘSTOTLIWOŚĆ I CZAS TRWANIA OBJAWÓW

Częstotliwość objawów podczas pierwszej wizyty Częstotliwość objawów obecnie

Czas trwania pojedynczego epizodu: .

☐ Sekundy ☐ Minuty ☐ Godziny ☐ Cały dzień ☐ Kilka dni ☐ Stały / ciągły

Liczba dni z objawem

Liczba dni bez objawu

6. REAKCJA PO OSTATNIEJ SESJI

Pierwsza reakcja wystąpiła: ☐ Natychmiast ☐ W ciągu 24 godz. ☐ 2-3 dni później ☐ Brak reakcji

Czas trwania efektu: ☐ Kilka godzin ☐ 1-3 dni ☐ Kilka dni ☐ > 7 dni ☐ Brak efektu

Wystąpiło przejściowe pogorszenie: ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Czy po pogorszeniu nastąpiła poprawa? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

7. TOLERANCJA MATERIAŁÓW

☐ Tak, bez reakcji ☐ Wystąpił świąd ☐ Materiał odkleił się przed terminem
☐ Wystąpiła niewielka tkliwość ☐ Wystąpił obrzęk ☐ Materiał usunięto wcześniej
☐ Wystąpiło krótkotrwałe zaczerwienienie ☐ Wystąpiło uszkodzenie skóry ☐ Inna reakcja

Czas pozostawienia materiału

Planowana zmiana

9. NOWE INFORMACJE ZDROWOTNE

☐ Nowy objaw lub dolegliwość ☐ Zabieg medyczny ☐ Ciąża lub możliwa ciąża
☐ Nowa diagnoza ☐ Uraz / kontuzja ☐ Reakcja alergiczna
☐ Zmiana leków ☐ Infekcja ☐ Inna zmiana

Opis

Czy zmiana wpływa na możliwość przeprowadzenia sesji?

☐ Nie wpływa ☐ Wymaga ostrożności ☐ Wymaga modyfikacji planu ☐ Przeciwwskazanie

11. DECYZJA

☐ Kontynuować bez zmian ☐ Zmienić metodę stymulacji ☐ Przeprowadzić sesję obserwacyjną
☐ Kontynuować z niewielką modyfikacją ☐ Zmienić materiał ☐ Zrobić przerwę w cyklu
☐ Zmienić dobór punktów ☐ Zmniejszyć liczbę punktów ☐ Zakończyć cykl
☐ Zmienić stronę pracy ☐ Zwiększyć odstęp między wizytami ☐ Zalecić konsultację z innym specjalistą
☐ Inna decyzja

Uzasadnienie



KARTA WYWIADU – FORMULARZ ZBIORCZY CZĘŚĆ 1: DANE I BEZPIECZEŃSTWO

DATA

NUMER WIZYTY

NUMER KARTY

1. DANE WIZYTY

Data (dd.mm.rrrr)

Godzina

Numer wizyty

Numer karty

Terapeuta / osoby odpowiedzialna

2. DANE PACJENTA LUB KLIENTA

Imię i nazwisko

Data urodzenia (dd.mm.rrrr)

Telefon

E-mail

Osoba kontaktowa w nagłych wypadkach

Telefon kontaktowy w nagłych wypadkach

3. GŁÓWNY POWÓD WIZYTY

Główny cel / dolegliwość

Od kiedy?

Aktualna intensywność (0-10)

Wpływ na funkcję (0-10)

Co nasila objawy?

Co zmniejsza objawy?

4. AKTUALNE OBJAWY

- ☐ ból ☐ napięcie ☐ sztywność ☐ drętwienie ☐ mrowienie
☐ zawroty głowy ☐ nudności ☐ problemy ze snem ☐ zmęczenie
☐ stres ☐ dolegliwości trawienne ☐ inne _____

Lokalizacja głównych objawów

Objawy towarzyszące

5. ROZPOZNANE CHOROBY

- ☐ nadciśnienie tętnicze ☐ cukrzyca ☐ choroby serca
☐ choroby neurologiczne ☐ choroby autoimmunologiczne
☐ astma / choroby płuc ☐ choroby tarczycy ☐ choroby nowotworowe
☐ depresja / zaburzenia nastroju ☐ migreny / częste bóle głowy
☐ inne _____

Szczegóły / uwagi

6. LEKI I PREPARATY

Leki przyjmowane na stałe

Suplementy, zioła, preparaty naturalne

Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni nastąpiła zmiana leków? ☐ nie ☐ tak

Jeśli tak, opisz

7. ALERGIE I NADWRAŻLIWOŚCI

- ☐ leki ☐ metale (np. nikiel) ☐ lateks ☐ plaster / kleje
☐ środki dezynfekujące ☐ pokarmy ☐ inne _____

Rodzaj wcześniejszej reakcji

8. OPERACJE, URAZY I URZĄDZENIA

Istotne operacje / urazy / hospitalizacje

- ☐ rozrusznik serca ☐ implant ślimakowy
☐ aparat słuchowy ☐ inne urządzenie medyczne _____
☐ nie dotyczy

9. CIĄŻA I KARMIEŃIE PIERSIĄ

- ☐ nie dotyczy ☐ brak ciąży ☐ ciąża ☐ możliwa ciąża
☐ okres połogu (do 6 mies.) ☐ karmienie piersią
☐ osoba nie chce odpowiadać

Dodatkowe informacje

10. WSTĘPNA KONTROLA BEZPIECZEŃSTWA

- ☐ gorączka / ostra infekcja ☐ utrata przytomności / omdlenia
☐ nagły silny ból ☐ silne osłabienie
☐ trudność w oddychaniu ☐ aktywne krwawienie
☐ ból w klatce piersiowej ☐ inny niepokojący objaw _____
☐ nagłe zaburzenia mowy lub widzenia ☐ brak objawów alarmowych

11. STAN USZU

LEWE UCHO

- ☐ bez zmian ☐ zaczerwienienie ☐ obrzęk ☐ skaleczenie / ranka
☐ egzema / łuszczenie ☐ nadwrażliwość na ucisk
☐ kolczyki / przekłucia ☐ inne zmiany _____

Uwagi

PRAWE UCHO

- ☐ bez zmian ☐ zaczerwienienie ☐ obrzęk ☐ skaleczenie / ranka
☐ egzema / łuszczenie ☐ nadwrażliwość na ucisk
☐ kolczyki / przekłucia ☐ inne zmiany _____

Uwagi

12. DECYZJA WSTĘPNA

- ☐ kontynuować ocenę i planowanie ☐ potrzeba dodatkowego wyjaśnienia ☐ zmienić metodę ☐ unikać określonego obszaru
☐ sesja odroczone ☐ konsultacja ze specjalistą ☐ zalecana pomoc pilna ☐ inna _____

Uzasadnienie



PRZEBIEG CAŁEGO CYKLU

Sesje:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	→
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---

1. INFORMACJE O CYKLU

Imię i nazwisko pacjenta lub klienta

Numer karty

Data rozpoczęcia cyklu

Data zakończenia lub ostatniej oceny

Główny cel cyklu

Planowana liczba sesji na początku

Rzeczywista liczba przeprowadzonych sesji

2. TABELA GŁÓWNA

Nr sesji	Data	Główny cel	Ucho	Metoda	Liczba punktów	Wartość przed sesją	Wartość po sesji	Efekt między wizytami	Reakcja skórna	Decyzja
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
...										

Ucho: L — lewe, P — prawe, O — oba

Reakcja skórna: 0 — brak, 1 — łagodna,
2 — umiarkowana, 3 — silna

Decyzja: K — kontynuacja, M — modyfikacja,
P — przerwa, Z — zakończenie, S — skierowanie lub konsultacja

3. NAJCZĘŚCIEJ STOSOWANE PUNKTY

Punkt lub obszar	Liczba zastosowań	Najczęstsza reakcja	Ocena przydatności

☐ Wyraźnie przydatny ☐ Możliwie przydatny ☐ Brak wyraźnej zależności

☐ Źle tolerowany ☐ Zbyt mało danych

4. NAJCZĘŚCIEJ STOSOWANA METODA

Najczęściej stosowana metoda

Dlaczego była wybierana

Tolerancja metody (ogólna ocena)

☐ Bardzo dobra ☐ Dobra ☐ Umiarkowana ☐ Słaba ☐ Zmienna

Czy podczas cyklu zmieniono metodę?

☐ Nie ☐ Tak

Powód zmiany

5. REAKCJE POWTARZAJĄCE SIĘ

Czy podczas kolejnych sesji powtarzała się podobna reakcja?

☐ Rozluźnienie ☐ Senność ☐ Zmniejszenie bólu

☐ Krótkotrwałe nasilenie objawu ☐ Zaczzerwienienie

☐ Tkliwość ucha ☐ Reakcja na materiał ☐ Inna

Po której metodzie lub punktach występowała najczęściej?

6. TREND

☐ Stabilna poprawa ☐ Częściowa poprawa ☐ Krótkotrwałe efekty

☐ Zmienny przebieg ☐ Brak wyraźnego efektu ☐ Pogorszenie

☐ Cykl przerwany z innego powodu

Najważniejszy wniosek

7. ZGODNOŚĆ Z PIERWOTNYM CELEM

☐ Tak, w pełnym zakresie ☐ Tak, częściowo ☐ Nie ☐ Cel zmienił się podczas cyklu ☐ Nie można ocenić

Opis



SKALE PORÓWNAWCZE POSTĘPÓW



Wpisuj wartości oceniane w ten sam sposób podczas każdej wizyty.

1. GŁÓWNA DOLEGLIWOŚĆ

0 — brak dolegliwości / 10 — najsilniejsza możliwa dolegliwość

Moment oceny	Wartość 0–10	Krótką uwaga
Pierwsza wizyta		
Bezpośrednio po sesji 1		
Wizyta kontrolna 1		
Bezpośrednio po sesji 2		
Wizyta kontrolna 2		
Bezpośrednio po sesji 3		
Ocena końcowa		

2. STRES

Skala 0–10
(kierunek korzystny: w dół ↓)



Moment oceny	Wartość 0–10
Początek cyklu	
Wizyta 2	
Wizyta 3	
Wizyta 4	
Ocena końcowa	

3. NAPIĘCIE

Skala 0–10
(kierunek korzystny: w dół ↓)



Moment oceny	Wartość 0–10
Początek cyklu	
Wizyta 2	
Wizyta 3	
Wizyta 4	
Ocena końcowa	

4. JAKOŚĆ SNU

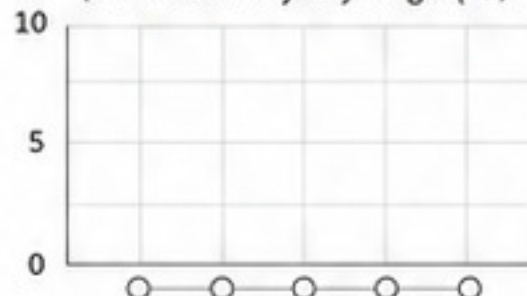
Skala 0–10
(kierunek korzystny: w górę ↑)



Moment oceny	Wartość 0–10
Początek cyklu	
Pierwszy tydzień	
Drugi tydzień	
Trzeci tydzień	
Ocena końcowa	

5. ENERGIA

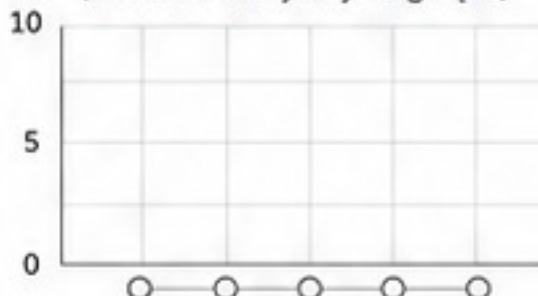
Skala 0–10
(kierunek korzystny: w górę ↑)



Moment oceny	Wartość 0–10
Początek cyklu	
Wizyta 2	
Wizyta 3	
Wizyta 4	
Ocena końcowa	

6. CODZIENNE FUNKCJONOWANIE

Skala 0–10
(kierunek korzystny: w górę ↑)



Moment oceny	Wartość 0–10
Początek cyklu	
Wizyta 2	
Wizyta 3	
Wizyta 4	
Ocena końcowa	

7. INDYWIDUALNY PARAMETR

Nazwa obserwowanego parametru

Co oznacza wartość 0?

Co oznacza wartość 10?

Moment oceny	Początek cyklu	Wizyta 2	Wizyta 3	Wizyta 4	Ocena końcowa
Wartość 0–10					

8. CZĘSTOTLIWOŚĆ OBJAWÓW

Okres	Liczba epizodów	Łączny czas trwania	Najwyższe nasilenie
Tydzień przed rozpoczęciem			
Tydzień 1			
Tydzień 2			
Tydzień 3			
Tydzień 4			

9. KIERUNEK ZMIAN

- ☐ Stabilny kierunek poprawy ☐ Powolny kierunek poprawy ☐ Poprawa wyłącznie bezpośrednio po sesjach ☐ Zmienny przebieg bez stałego kierunku ☐ Brak zauważalnej zmiany ☐ Pogorszenie ☐ Zbyt mało danych do oceny

Najbardziej wiarygodny wskaźnik zmiany

Parametr wymagający dalszej obserwacji

10. CZYNNIKI MOGĄCE WPŁYWAĆ NA WYNIK

- ☐ Zmiana leków ☐ Nowe leczenie ☐ Zmiana aktywności fizycznej ☐ Zmiana poziomu stresu ☐ Poprawa lub pogorszenie snu
☐ Infekcja ☐ Uraz ☐ Zmiana diety ☐ Inna terapia ☐ Inne wydarzenie
☐ Nie zauważono dodatkowych czynników

Opis



MODUŁ 06

ZGODY, OCHRONA DANYCH I FORMULARZ DO DRUKU



Jasna informacja, świadoma decyzja
i uporządkowana dokumentacja.

W tej części znajdziesz miejsce na przekazanie informacji o planowanej sesji, udokumentowanie świadomej zgody, przedstawienie zasad przetwarzania danych oraz szybkie przeprowadzenie podstawowego wywiadu.

Wzory należy dostosować do rzeczywistego sposobu prowadzenia działalności, stosowanych metod, kwalifikacji oraz zasad ochrony danych obowiązujących u administratora.



Zakres modułu

- 45 Świadoma zgoda na sesję
- 46 Informacja o przetwarzaniu danych
- 47 Formularz zbiorczy — część 1
- 48 Formularz zbiorczy — część 2
- 49 Lista końcowa specjalisty i miejsce na podpisy



ŚWIADOMA ZGODA NA SESJĘ AURIKULOTERAPII

1. IDENTYFIKACJA

Imię i nazwisko pacjenta / klienta

Data urodzenia

Nr karty

Imię i nazwisko terapeuty

Planowana data sesji

Godzina (jeśli znana)

2. INFORMACJA O SESJI

Aurikuloterapia polega na stymulacji określonych punktów na uchu w celu wspierania naturalnej równowagi organizmu, łagodzenia dolegliwości oraz poprawy samopoczucia. Jest metodą uzupełniającą i nie zastępuje diagnozy ani leczenia medycznego. Informacje uzyskane w trakcie wywiadu i sesji są poufne i wykorzystywane wyłącznie w celach terapeutycznych.

3. PLANOWANA METODA

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Ucisk manualny | ☐ Nasion lub kulek uciskowych | ☐ Plastrów |
| ☐ Magnesów | ☐ Igły jednorazowe | ☐ Igły półstałe |
| ☐ Elektrostymulacji | ☐ Lasera | ☐ Innej metody |

Planowane obszary lub punkty

4. MOŻLIWE ODCZUCIA I REAKCJE

Podczas lub po sesji mogą wystąpić łagodne i przejściowe odczucia, takie jak ucisk, ciepło, zaczerwienienie lub zmęczenie. Poniższe reakcje mogą wystąpić silniej lub rzadziej.

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Silny lub narastający ból | ☐ Długotrwałe zaczerwienienie | ☐ Świąd |
| ☐ Obrzęk | ☐ Reakcja na plaster lub metal | ☐ Krwawienie |
| ☐ Uszkodzenie skóry | ☐ Zawroty głowy | ☐ Nudności |
| ☐ Osłabienie | ☐ Omdlenie | ☐ Inna reakcja |

5. BRAK GWARANCJI REZULTATU

Aurikuloterapia nie gwarantuje określonych efektów. Reakcje organizmu są indywidualne, a skuteczność może się różnić u poszczególnych osób.

6. ALTERNATYWY

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Odroczenie sesji | ☐ Odmowa zabiegu | ☐ Zastosowanie innej metody |
| ☐ Mniejsza liczba punktów | ☐ Konsultacja medyczna | |
| ☐ Kontynuowanie leczenia przyczynowego | ☐ Inna możliwość | |



PRAWA PACJENTA LUB KLIENTA

7. PRAWO DO ODMOWY I PRZERWANIA

Mam prawo odmówić zgody na zabieg, przerwać sesję w dowolnym momencie bez podawania przyczyny oraz odmówić dalszego leczenia.

8. OBOWIĄZEK PRZEKAZANIA INFORMACJI

Zobowiązuję się przekazać dokładne informacje o stanie zdrowia, przyjmowanych lekach i przebytych terapiach, które mogą mieć znaczenie dla bezpieczeństwa i skuteczności sesji.

9. PYTANIA

Czy wszystkie informacje zostały jasno przedstawione i zrozumiane?

- ☐ Tak ☐ Nie

Pytania lub dodatkowe ustalenia



DECYZJA I PODPISY

10. DECYZJA

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami:

- ☐ Wyrażam zgodę na opisaną sesję
☐ Wyrażam zgodę po wprowadzeniu wskazanych zmian
☐ Nie wyrażam zgody
☐ Chcę odroczyć decyzję

Uzgodnione zmiany lub ograniczenia

11. PODPISY

Data

Godzina

Podpis pacjenta / klienta

Podpis terapeuty

Podpis przedstawiciela
ustawowego (jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Podstawa reprezentacji (np. rodzic, opiekun prawny)

12. COFNIĘCIE ZGODY

Czy cofasz zgodę na planowaną lub rozpoczętą sesję?

- ☐ Nie ☐ Tak

Data

Godzina

Zakres cofnięcia zgody / uwagi



Profesjonalna Karta Wywiadu Zdrowotnego

DOKUMENTACJA KONSULTACJI AURIKULOTERAPII

STRONA

46

Z 50

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH



1. ADMINISTRATOR

Nazwa firmy / Imię i nazwisko: [.....]

Adres: [.....]

E-mail: [.....]

Telefon: [.....]



2. INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Wersja A:

IOD: [.....]

E-mail: [.....]

Wersja B:

Administrator nie wyznaczył Inspektora
Ochrony Danych.

W gotowym dokumencie pozostawić tylko jedną wersję.



3. ZAKRES DANYCH

Kategorie danych, które mogą być przetwarzane:

- Dane identyfikacyjne (np. imię, nazwisko)
- Dane kontaktowe (np. e-mail, telefon)
- Dane dotyczące zdrowia i wywiadu zdrowotnego
- Dane dotyczące płatności
- Dane techniczne (np. adres IP, pliki cookies)
- Inne dane podane dobrowolnie

Administrator powinien zbierać wyłącznie dane
potrzebne do jasno określonych celów.

4. CELE I PODSTAWY PRZETWARZANIA

Cel	Zakres danych	Podstawa prawna	Okres przechowywania
Organizacja wizyt i kontakt	[np. dane identyfikacyjne, kontaktowe]	[art. 6 ust. 1 lit. b RODO]	[np. do zakończenia relacji + 3 lata]
Przeprowadzenie wywiadu zdrowotnego	[np. dane zdrowotne, identyfikacyjne]	[art. 9 ust. 2 lit. h RODO]	[np. do zakończenia relacji + 3 lata]
Ocena bezpieczeństwa i przeciwwskazań	[np. dane zdrowotne]	[art. 9 ust. 2 lit. h RODO]	[np. do zakończenia relacji + 3 lata]
Prowadzenie dokumentacji usług	[np. dane zdrowotne, notatki z sesji]	[art. 9 ust. 2 lit. h RODO]	[np. 20 lat od zakończenia relacji]
Kontakt w sprawach organizacyjnych	[np. imię, telefon, e-mail]	[art. 6 ust. 1 lit. f RODO]	[np. do zakończenia relacji + 3 lata]
Obsługa płatności i rozliczeń	[np. dane płatności, identyfikacyjne]	[art. 6 ust. 1 lit. b RODO]	[np. 5 lat (księgowość)]
Rozpatrywanie roszczeń i dochodzenie roszczeń	[np. dane identyfikacyjne, zdrowotne]	[art. 6 ust. 1 lit. f RODO]	[np. do przedawnienia roszczeń]
Marketing (newsletter, oferty)	[np. e-mail]	[art. 6 ust. 1 lit. a RODO]	[do czasu cofnięcia zgody]

Administrator może przetwarzać dane w więcej niż jednym celu. Należy wskazać wszystkie istotne cele.



5. DANE DOTYCZĄCE ZDROWIA

Dane dotyczące zdrowia są danymi szczególnych kategorii.
Przetwarzane są wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji
celów określonych w pkt 4, w szczególności prowadzenia
dokumentacji i zapewnienia bezpieczeństwa usług.



6. ODBIORCY DANYCH

Dane mogą być udostępniane następującym kategoriom odbiorców:

- | | |
|---|--|
| ☐ Podmioty świadczące usługi IT i hostingowe | ☐ Podmioty wspierające płatności online |
| ☐ Systemy do rezerwacji wizyt i komunikacji | ☐ Podmioty świadczące usługi prawne |
| ☐ Biuro rachunkowe / księgowe | ☐ Inni: [.....] |

Należy opisać realne kategorie odbiorców, z którymi dane są udostępniane.



7. PRZEKAZYWANIE DANYCH POZA EUROPEJSKI OBSZAR GOSPODARCZY

Wersja A: Dane nie są przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG).**Wersja B:** Dane mogą być przekazywane poza EOG, w szczególności do państw,
wobec których Komisja Europejska stwierdziła odpowiedni stopień ochrony
lub na podstawie odpowiednich zabezpieczeń, np. standardowych klauzul
umownych.

W gotowym dokumencie pozostawić tylko jedną wersję.



8. OKRES PRZECHOWYWANIA

- Dokumentacja usług (dane zdrowotne, wywiady, notatki): [.....]
- Dokumentacja księgowa: [.....]
- Dane kontaktowe po zakończeniu współpracy: [.....]
- Zgody marketingowe: [do czasu cofnięcia zgody]
- Dane dla celów roszczeń: [do przedawnienia roszczeń]

Okresy przechowywania należy określić zgodnie z obowiązującymi przepisami.



9. PRAWA OSOBY

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do danych
- sprostowania danych
- usunięcia danych („prawo do bycia zapomnianym”)
- ograniczenia przetwarzania
- przenoszenia danych
- sprzeciwu wobec przetwarzania
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych

Zakres praw zależy od podstawy prawnej i celu przetwarzania danych.



10. COFNIĘCIE ZGODY

W przypadku przetwarzania danych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu
prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność
z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Cofnięcie zgody można złożyć:

- ☐ e-mailem na adres: [.....]
- ☐ pisemnie na adres Administratora
- ☐ poprzez formularz kontaktowy: [.....]



11. OBOWIĄZEK LUB DOBROWOLNOŚĆ PODANIA DANYCH

Podanie danych jest w większości dobrowolne, jednak niezbędne do
zawarcia i realizacji umowy (np. wykonania usługi). Podanie danych
zdrowotnych jest warunkiem koniecznym do przeprowadzenia wywiadu
i zapewnienia bezpieczeństwa.

Konsekwencje niepodania danych: [.....]



12. ZAUTOMATYZOWANE DECYZJE I PROFILOWANIE

Wersja A: Dane nie są wykorzystywane do zautomatyzowanego
podejmowania decyzji ani do profilowania.**Wersja B:** Dane mogą być wykorzystywane do profilowania
w celu dostosowania komunikacji marketingowej.

W gotowym dokumencie pozostawić tylko jedną wersję.



13. POTWIERDZENIE OTRZYMANIA INFORMACJI

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu
danych osobowych.

Imię i nazwisko: [.....]

Data: [.....] Podpis: [.....]

Podpis potwierdza otrzymanie informacji, a nie stanowi automatycznej
zgody na wszystkie formy przetwarzania danych.



PODSUMOWANIE CYKLU I DALSZE POSTĘPOWANIE

1. PODSTAWOWE INFORMACJE

Data rozpoczęcia cyklu Data ostatniej sesji Łączna liczba sesji

Główny cel cyklu

2. STAN POCZĄTKOWY I KOŃCOWY

Nasilenie głównej dolegliwości
na początku

Nasilenie głównej dolegliwości
obecnie

Zmiana

Wpływ dolegliwości na funkcjonowanie
na początku

Wpływ dolegliwości na funkcjonowanie
obecnie

Zmiana częstotliwości objawów

☐ Wyraźne
zmniejszenie

☐ Niewielkie
zmniejszenie

☐ Brak
zmiany

☐ Zwiększenie

☐ Objaw obecnie
nie występuje

☐ Trudno
określić

3. OSIĄGNIĘTE REZULTATY

Najważniejsza osiągnięta zmiana

Dodatkowe zauważone korzyści

Obszar, w którym nie osiągnięto oczekiwanej zmiany

4. OCENA CELU

☐ Osiągnięty
w pełnym
zakresie

☐ Osiągnięty
w większości

☐ Osiągnięty
częściowo

☐ Nie został
osiągnięty

☐ Zmieniony
podczas cyklu

☐ Nie można go
wiarygodnie
ocenić

Uzasadnienie

5. TOLERANCJA SESJI

Ogólna tolerancja sesji

☐ Bardzo dobra ☐ Dobra ☐ Umiarkowana ☐ Słaba ☐ Zmienna

Wystąpienie niepożądanych reakcji lub dolegliwości podczas cyklu

☐ Nie ☐ Tak — łagodne ☐ Tak — umiarkowane ☐ Tak — poważne

Opis lub numer raportu

Materiał najlepiej tolerowany

Materiał lub metoda, których należy
unikać w przyszłości

6. PERSPEKTYWA PACJENTA LUB KLIENTA

Ogólne zadowolenie z przebiegu cyklu (0 = niezadowolony, 10 = bardzo zadowolony)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wybrana wartość

Co było najbardziej pomocne?

Co można było przeprowadzić lepiej?

Czy pacjent lub klient rozumie dalszy plan?

☐ Tak ☐ Częściowo ☐ Nie ☐ Trudno określić

Komentarz (opcjonalnie)

CEL OSIĄGNIĘTY? →

TAK
ZAKOŃCZENIE LUB
UTRZYMANIE EFEKTU

CZĘŚCIOWO
KONTYNUACJA LUB
MODYFIKACJA

NIE
PONOWNĄ OCENĄ LUB
KONSULTACJĄ

7. DECYZJA KOŃCOWA

☐ Zakończenie cyklu — cel osiągnięty

☐ Zalecenie konsultacji z lekarzem

☐ Zakończenie cyklu — osiągnięto możliwy
na tym etapie rezultat

☐ Zalecenie konsultacji z fizjoterapeutą

☐ Zakończenie cyklu — brak oczekiwanego efektu

☐ Zalecenie konsultacji z psychologiem
lub psychoterapeutą

☐ Kontynuacja w mniejszej częstotliwości

☐ Zalecenie konsultacji z innym specjalistą

☐ Kontynuacja po przerwie

☐ Inna decyzja

☐ Rozpoczęcie nowego cyklu z innym celem

☐ Odroczenie kolejnych sesji

8. POWÓD SKIEROWANIA LUB KONSULTACJI

☐ Nowy lub nasilający się objaw

☐ Objaw poza zakresem kwalifikacji
osoby prowadzącej

☐ Brak poprawy mimo kolejnych sesji

☐ Potrzeba skoordynowania kilku
form wsparcia

☐ Podejrzenie problemu wymagającego diagnostyki

☐ Reakcja niepożądana

☐ Inny powód

Zalecany rodzaj specjalisty

Czy sytuacja wymaga
pilnego działania?

☐ Tak ☐ Nie

Informacja przekazana pacjentowi
lub klientowi

9. ZALECENIA KOŃCOWE

☐ Kontynuacja zaleceń z ostatniej sesji

☐ Modyfikacja zaleceń

☐ Wprowadzenie nowych zaleceń

☐ Przerwa w terapii

☐ Inne

Indywidualne zalecenia

10. POTWIERDZENIE

Czy podsumowanie zostało omówione z pacjentem lub klientem?

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Data podsumowania

Podpis osoby prowadzącej

Podpis pacjenta lub klienta



KARTA WYWIADU — FORMULARZ ZBIORCZY CZĘŚĆ 2: PLAN, SESJA I KONTROLA

CEL



PUNKTY



METODA



WYNIK



1. NUMER KARTY I WIZYT

Numer karty _____ Data _____ Numer wizyty _____ Imię i nazwisko (klient/pacjent) _____

3. WYBRANE PUNKTY

Nr	Punkt lub obszar	Ucho L/P	Reakcja 0-5	Metoda	Uwagi
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

2. CEL SESJI

Główny cel sesji _____
Parametr oceniany przed sesją _____ Parametr oceniany po sesji _____
Wartość przed sesją (/10) _____ Wartość po sesji (/10) _____
Oczekiwana lub akceptowalna zmiana _____

4. SCHEMAT USZU

Lewe ucho



Prawe ucho



- X — zastosowany punkt
- O — punkt tkliwy
- ! — obszar ominięty
- /// — zmiana skórna

5. METODA I MATERIAŁY

☐ Ucisk manualny ☐ Nasiona ☐ Kulki ☐ Magnesy
☐ Igły jednorazowe ☐ Igły półstałe ☐ Elektrostymulacja ☐ Laser
☐ Inna metoda _____
Rodzaj plastra / materiału _____ Planowany czas pozostawienia materiału _____
Sprawdzono alergie i stan skóry: ☐ Tak ☐ Nie dotyczy ☐ Potrzebne dodatkowe wyjaśnienie

6. PRZEBIEG SESJI

Godzina rozpoczęcia _____ Godzina zakończenia _____ Czas łączny _____ Czy plan pierwotny uległ zmianie? ☐ Tak ☐ Nie
Zakres i powód zmiany _____
Reakcje w trakcie sesji: ☐ Tkliwość ☐ Mrowienie ☐ Ciepło ☐ Zimno ☐ Inne _____
Opis _____

7. OCENA PO SESJI

Główny parametr po sesji (/10) _____ Ogólne samopoczucie po sesji (/10) _____ Komfort podczas sesji (/10) _____ Zmiana w porównaniu z wyjściem _____
Obserwacje terapeuty _____

8. REAKCJE WYMAGAJĄCE UWAGI

☐ Silny ból utrzymujący się ☐ Obrzęk ☐ Krwawienie ☐ Reakcja alergiczna ☐ Uszkodzenie skóry ☐ Zastąpienie ☐ Trudności w oddychaniu ☐ Inna reakcja ☐ Brak reakcji
Podjęte działanie _____

9. ZALECENIA

Samouczek: ☐ Nie zalecano ☐ Tak ☐ Opcjonalnie
Częstotliwość _____ Czas jednorazowego ucisku _____ Kiedy usunąć materiał _____
Wcześniejsze usunięcie według wskazań ☐ Tak ☐ Nie ☐ Wyłącznie po konsultacji
Dodatkowe zalecenia _____

10. KOLEJNA WIZYTA

Planowana data następnej wizyty _____
Co obserwować do następnej wizyty (zaznacz)
☐ Zmiana parametru głównego ☐ Samopoczucie ogólne
☐ Ból lub tkliwość ☐ Skutki uboczne
☐ Skóra wokół punktów ☐ Inne _____
Uwagi _____

11. DECYZJE I PODPISY

Potwierdzam, że otrzymałem(am) zalecenia i rozumiem sposób dalszego postępowania. ☐
Podpis klienta / pacjenta _____ Podpis aurikuloterapeuty _____
Data zakończenia dokumentacji _____ Godzina zakończenia _____



LISTA KOŃCOWA PRZED ZAMKNIĘCIEM KARTY

1. IDENTYFIKACJA DOKUMENTU

- ☐ Imię i nazwisko/identyfikator pacjenta/klienta.
- ☐ Numer karty wpisany i czytelny.
- ☐ Data wizyty wpisana.
- ☐ Numer wizyty wpisany.
- ☐ Imię i nazwisko terapeuty wpisane.
- ☐ Ta sama osoba pacjenta/klienta na wszystkich stronach.

Numer karty

Data kontroli dokumentu

2. WYWIAD

- ☐ Główna dolegliwość opisana.
- ☐ Czas trwania dolegliwości podany.
- ☐ Nasilenie dolegliwości ocenione.
- ☐ Wpływ na codzienne funkcjonowanie opisany.
- ☐ Choroby i stan zdrowia opisane.
- ☐ Leki i suplementy odnotowane.
- ☐ Alergie odnotowane.
- ☐ Przebyte zabiegi/urazy/urządzenia opisane.
- ☐ Ważne zmiany od ostatniej wizyty opisane.
- ☐ Wszelkie wyjaśnienia opisane.

3. BEZPIECZEŃSTWO

- ☐ Objawy alarmowe sprawdzone.
- ☐ Skóra obu uszu oceniona.
- ☐ Obszary do unikania zaznaczone.
- ☐ Poprzednie reakcje odnotowane.
- ☐ Możliwość reakcji na materiał omówiona.
- ☐ Decyzja o kontynuacji/podjęciu lub przełożeniu podjęta i zapisana.
- ☐ Powód ewentualnego skierowania zapisany.
- ☐ Notatka o działaniu niepożądanym (jeśli dotyczy).

4. ZGODA I INFORMACJE

- ☐ Metoda aurikuloterapii wyjaśniona.
- ☐ Możliwość zadawania pytań zapewniona.
- ☐ Możliwe reakcje wyjaśnione.
- ☐ Możliwość odmowy/przerwania omówiona.
- ☐ Decyzja pacjenta/klienta udokumentowana.
- ☐ Informacja o danych i dokumentacji przekazana.
- ☐ Podpisy w odpowiednich miejscach zebrane.
- ☐ Zgoda nie zastępuje rozmowy – potwierdzono.

5. PLAN I PRZEBIEG SESJI

- ☐ Cel sesji sformułowany i konkretny.
- ☐ Parametr początkowy zapisany.
- ☐ Punkty dobrane i uzasadnione.
- ☐ Strona uszu odnotowana.
- ☐ Metoda i materiały podane.
- ☐ Godzina rozpoczęcia i zakończenia.
- ☐ Rzeczywisty przebieg sesji opisany.
- ☐ Zmiany względem planu opisane.
- ☐ Reakcje pacjenta/klienta zapisane.
- ☐ Parametr końcowy zapisany.

6. ZALECENIA I KONTROLA

- ☐ Instrukcja samodzielnego ucisku przekazana.
- ☐ Czas, przez jaki materiał może pozostać, podany.
- ☐ Kiedy usunąć wcześniej, wyjaśnione.
- ☐ Które reakcje wymagają kontaktu, opisane.
- ☐ Parametr do obserwacji wskazany.
- ☐ Sposób i data wizyty kontrolnej zapisane.
- ☐ Zrozumienie zaleceń potwierdzone.

7. JAKOŚĆ ZAPISU

- ☐ Zapis czytelny.
- ☐ Brak niejasnych skrótów.
- ☐ Fakty oddzielone od interpretacji.
- ☐ Poprawki wprowadzone prawidłowo.
- ☐ Data i inicjały na poprawkach.
- ☐ Pola niewypełnione oznaczone jako nie dotyczy (w razie potrzeby).
- ☐ Brak danych innych osób przez pomyłkę.
- ☐ Zebrano tylko informacje niezbędne.

8. OCHRONA DOKUMENTU

- ☐ Przechowywanie papierowe zabezpieczone.
- ☐ Dostęp tylko dla upoważnionych osób.
- ☐ System cyfrowy zabezpieczony.
- ☐ Kopie/skany wykonywane kontrolowanie.
- ☐ Brak udostępniania publicznego.
- ☐ Okres przechowywania lub kryterium ustalone.
- ☐ Bezpieczne niszczenie, gdy jest wymagane.

9. BRAKI DO UZUPEŁNIENIA

Czy dokumentacja jest kompletna? ☐ Tak ☐ Nie

Jakie informacje wymagają uzupełnienia?

Osoba odpowiedzialna za uzupełnienie

Termin uzupełnienia

10. OSTATECZNA DECYZJA

- ☐ Karta zamknięta po pojedynczej sesji.
- ☐ Pacjent/klient skierowany dalej.
- ☐ Karta pozostaje aktywna.
- ☐ Dokument wymaga dodatkowej weryfikacji.
- ☐ Cykl terapii zakończony.
- ☐ Cykl terapii przerwany.

Uwagi końcowe

11. PODPISY

Oświadczenie terapeuty: Potwierdzam, że powyższa dokumentacja została sporządzona rzetelnie i zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

Imię i nazwisko terapeuty

Data

Podpis

Oświadczenie pacjenta/klienta (opcjonalnie): Zostałem/am poinformowany/a o metodzie, możliwych reakcjach i zaleceniach.

Imię i nazwisko pacjenta/klienta

Data

Podpis

12. OSTATNIA INFORMACJA



Dobra dokumentacja nie polega na wypełnieniu jak największej liczby pól. Polega na zapisaniu właściwych informacji we właściwym momencie — w sposób czytelny, bezpieczny i przydatny podczas kolejnych decyzji.