

ODDZIAŁ

- Do wypełnienia proszę użyć ołówka nr 2 lub 2b
- Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania, za wyjątkiem tych, w których dopuszcza się brak odpowiedzi
- Do zarejestrowania odpowiedzi konieczne jest wypełnienie ołówkiem całego pola
- pytanie obowiązkowe

Do użytku wewnętrznego. Nierejestrowane przez skaner

Nazwisko	Imię	Płeć
Ulica, nr domu / mieszkania		Nr ks. gł.
Państwo	Kod pocztowy	Miasto
PESEL	Data ur. (DD.MM.RRRR)	

Kontrola po czasie

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> przed zabiegiem | <input type="checkbox"/> 3 miesiące | <input type="checkbox"/> 2 lata | np. 4 miesiące
= 4 mies./12 mies.
= 0,33 lat |
| <input type="checkbox"/> 4 tygodni | <input type="checkbox"/> 6 miesięcy | <input type="checkbox"/> 3 lata | |
| <input type="checkbox"/> 6 tygodni | <input type="checkbox"/> 9 miesięcy | <input type="checkbox"/> 4 lata | |
| <input type="checkbox"/> 2 miesiące | <input type="checkbox"/> 1 rok | <input type="checkbox"/> 5 lata | |
| | | <input type="checkbox"/> inny okres | |

Schorzenia odcinka szyjnego kręgosłupa mogą prowadzić do bólu karku i/lub bólu ręki/ramienia, a także do zaburzeń czucia takich jak mrowienie, kłucie czy drętwienie w każdej z wymienionych okolic.

- 1** Który z poniższych problemów jest dla Pana/Pani **najbardziej dokuczliwy** najbardziej dokuczliwy? Proszę zaznaczyć **JEDEN**
- ból karku
 - ból ręki/ramienia
 - zaburzenia czucia w karku/ręce/ramieniu np. mrowienie, kłucie, drętwienie
 - żaden z powyższych

- 2** W następujących 2 pytaniach (2a i 2b) prosimy o zaznaczenie nasilenia bólu, poprzez wybranie odpowiedniej cyfry (gdzie „0”=brak bólu, „10”=najgorszy ból, jaki możesz sobie wyobrazić). Osobne pytania odnoszą się do **bólu karku i bólu promieniującego do ręki/ramienia**.

- 2a** Jak silny był **ból karku** w ostatnim tygodniu?

brak bólu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 najgorszy wyobraźalny ból

- 2b** Jak silny był **ból ręki/ramienia** w ostatnim tygodniu?

brak bólu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 najgorszy wyobraźalny ból

- 3** W ciągu **ostatniego tygodnia** jak bardzo schorzenie kręgosłupa **przeszkadzało Panu/Pani w normalnej pracy** (dotyczy zarówno pracy poza domem jak i prac domowych)?

- wcale
- nieznacznie
- średnio
- dosyć mocno
- ekstremalnie

- 4** Jeśli **resztę życia miał(a)by Pan/Pani spędzić z objawami, które odczuwa Pan/Pani obecnie**, jak by się Pan/Pani z tym czuł/a?

- bardzo zadowolony(a)
- dosyć zadowolony(a)
- ani zadowolony(a) ani niezadowolony(a)
- dosyć niezadowolony(a)
- bardzo niezadowolony(a)

- 5** Proszę zastanowić się nad **ostatnim tygodniem** swojego życia. Jak opisze Pan/Pani jakość swojego życia?

- bardzo dobra
- dobra
- średnia
- zła
- bardzo zła

Proszę przejść do następnej strony...

