

ODDZIAŁ

- Do wypełnienia proszę użyć ołówka nr 2 lub 2b
- Odpowiedzi słowne będą wprowadzone do komputera ręcznie
- Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania, za wyjątkiem tych, w których dopuszcza się brak odpowiedzi
- Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania, za wyjątkiem tych, w których dopuszcza się brak odpowiedzi

Do użytku wewnętrznego.
Nierejestrowane przez sifaner

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

pytanie obowiązkowe

Poniższy kwestionariusz pozwala zrozumieć, w jaki sposób ból szyi oddziałuje na Twoje możliwości wykonywania codziennych czynności. Postaraj się odpowiedzieć na pytania z każdej sekcji. W każdej sekcji zaznacz tylko JEDNĄ odpowiedź najbliższą opisującą Twój stan. Może Ci się wydawać, że więcej niż jedna odpowiedź pasuje do Twojego stanu, w takim wypadku zaznacz w każdej sekcji jedną odpowiedź najlepiej oddającą Twój stan w dniu dzisiejszym.

Data Badania

Dzień 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
Miesiąc 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Rok 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22

Kontrola po czasie

- | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> przed zabiegiem | <input type="checkbox"/> 6 tygodni | <input type="checkbox"/> 3 miesiące | <input type="checkbox"/> 6 miesięcy | <input type="checkbox"/> 9 miesięcy |
| <input type="checkbox"/> 1 rok | <input type="checkbox"/> 2 lata | <input type="checkbox"/> 3 lata | <input type="checkbox"/> 4 lata | <input type="checkbox"/> 5 lat |
| <input type="checkbox"/> 7 lat | <input type="checkbox"/> 8 lat | <input type="checkbox"/> 9 lat | <input type="checkbox"/> 10 lat | <input type="checkbox"/> 11 lat |
| <input type="checkbox"/> 13 lat | <input type="checkbox"/> 14 lat | <input type="checkbox"/> 15 lat | <input type="checkbox"/> >15 lat..... | |

1. Nasilenie bólu

- W tej chwili nie odczuwam bólu.
- W tej chwili ból jest łagodny.
- Ból pojawia się i odchodzi i jest umiarkowany.
- Ból jest umiarkowany i w zasadzie stały.
- Ból jest silny, odchodzi i przychodzi.
- Ból jest silny i nie bardzo się zmienia.

2. Codzienne czynności (mycie, ubieranie, itp.)

- Mogę wykonywać samodzielnie codzienne czynności bez dodatkowego bólu.
- Mogę wykonywać samodzielnie codzienne czynności, ale wywołują one znaczny ból.
- Samodzielne wykonywanie codziennych czynności jest bardzo bolesne, wykonuję je powoli i uważnie.
- Wymagam pewnej pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności, lecz większość wykonuję samodzielnie.
- Potrzebuję pomocy każdego dnia przy wykonywaniu większości czynności.
- Nie jestem w stanie się ubrać, myć się z trudem, większość czasu spędzam w łóżku.

3. Podnoszenie

- Mogę podnosić ciężkie przedmioty bez dodatkowego bólu.
- Mogę podnosić ciężkie przedmioty, lecz powoduje to dodatkowy ból.
- Z powodu bólu nie mogę podnosić ciężkich przedmiotów z podłogi, lecz mogę je podnosić, gdy są dogodnie położone, na przykład na stole.
- Z powodu bólu nie mogę podnosić ciężkich przedmiotów, lecz mogę podnosić lekkie lub średnio ciężkie, gdy są dogodnie położone, na przykład na stole.
- Z powodu bólu mogę podnosić tylko bardzo lekkie przedmioty.
- Z powodu bólu nie mogę podnosić żadnych przedmiotów.

4. Czytanie

- Mogę czytać tyle, ile chcę nie odczuwając żadnego bólu karku.
- Mogę czytać tyle, ile chcę, lecz czytanie powoduje niewielki, dodatkowy ból karku.
- Mogę czytać tyle, ile chcę, lecz czytanie powoduje dodatkowy ból karku o średnim nasileniu.
- Muszę ograniczać czytanie z powodu dodatkowego bólu o średnim nasileniu.
- Prawie wcale nie mogę czytać z powodu silnego bólu.
- Z powodu bólu karku wcale nie jestem w stanie czytać.

5. Ból głowy

- Nie miewam bólów głowy.
- Ból głowy zdarza się rzadko i jest niewielki.
- Ból głowy zdarza się rzadko i ma średnie nasilenie.
- Często miewam bóle głowy o średnim nasileniu.
- Często miewam silne bóle głowy.
- Głowa boli mnie prawie cały czas.

6. Koncentracja

- Mogę się zawsze w pełni skoncentrować bez trudu.
- Mogę się zawsze w pełni skoncentrować, choć z niewielkimi trudnościami.
- Mam pewne trudności z koncentracją.
- Mam znaczne trudności z koncentracją.
- Mam bardzo duże trudności z koncentracją.
- W ogóle nie mogę się skoncentrować.

7. Praca

- Mogę pracować bez ograniczeń.
- Mogę wykonywać wyłącznie rutynowe czynności w pracy, lecz nie więcej.
- Mogę wykonywać większość moich obowiązkowych czynności w pracy.
- Nie jestem w stanie wykonywać rutynowych czynności w pracy.
- Z wielkim trudem wykonuję jakąkolwiek pracę.
- Z powodu bólu nie jestem w stanie pracować.

8. Jazda samochodem

- Mogę jeździć samochodem i nie powoduje to dodatkowego bólu karku.
- Mogę jeździć samochodem bez ograniczeń, lecz towarzyszy temu niewielki dodatkowy ból karku.
- Mogę jeździć samochodem bez ograniczeń, lecz towarzyszy temu dodatkowy ból karku o średnim nasileniu.
- Nie mogę jeździć samochodem tyle, ile chcę z powodu bólu karku o średnim nasileniu.
- Prawie wcale nie jeżdżę samochodem z powodu silnego bólu karku.
- Wcale nie mogę jeździć samochodem z powodu bólu karku.

9. Spanie

- Ból w ogóle nie zaburza mojego snu.
- Ból zaburza mój sen w bardzo niewielkim stopniu (mniej niż 1 godzina bezsenności na dobę).
- Ból zaburza mój sen w niewielkim stopniu (1-2 godziny bezsenności na dobę).
- Ból zaburza mój sen w średnim stopniu (2-3 godziny bezsenności na dobę).
- Ból zaburza mój sen w znacznym stopniu (3-5 godzin bezsenności na dobę).
- Ból w ogóle nie pozwala mi spać (5-7 godzin bezsenności na dobę).

10. Rekreacja

- Mogę wykonywać wszystkie czynności rekreacyjne bez bólu.
- Mogę wykonywać wszystkie czynności rekreacyjne z niewielkim bólem karku.
- Z powodu bólu karku mogę wykonywać większość czynności rekreacyjnych – lecz nie wszystkie.
- Z powodu bólu karku nie jestem w stanie wykonywać większości typowych czynności rekreacyjnych.
- Mogę z trudem wykonywać tylko niektóre czynności rekreacyjne z powodu bólu karku.
- Z powodu bólu karku wcale nie wykonuję czynności rekreacyjnych.