

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 skaner

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 na ocenę wpływu Twoich dolegliwości kręgosłupa na codzienne życie. Postaraj się odpowiedzieć na pytania z każdej sekcji. W każdej sekcji zaznaczyć tylko JEDNĄ odpowiedź najtrafniej opisującą Pana/Pani 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 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16

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"/> 6 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"/> 12 lat | <input type="checkbox"/> 13 lat | <input type="checkbox"/> 14 lat | <input type="checkbox"/> 15 lat |
| <input type="checkbox"/> 16 lat | <input type="checkbox"/> 17 lat | <input type="checkbox"/> 18 lat | <input type="checkbox"/> 19 lat | <input type="checkbox"/> 20 lat |
| <input type="checkbox"/> 21 lat | <input type="checkbox"/> 22 lat | <input type="checkbox"/> 23 lat | <input type="checkbox"/> 24 lat | <input type="checkbox"/> 25 lat |
| <input type="checkbox"/> 26 lat | <input type="checkbox"/> 27 lat | <input type="checkbox"/> 28 lat | <input type="checkbox"/> 29 lat | <input type="checkbox"/> 30 lat |
| <input type="checkbox"/> 31 lat | <input type="checkbox"/> 32 lat | <input type="checkbox"/> 33 lat | <input type="checkbox"/> 34 lat | <input type="checkbox"/> 35 lat |
| <input type="checkbox"/> 36 lat | <input type="checkbox"/> 37 lat | <input type="checkbox"/> 38 lat | <input type="checkbox"/> 39 lat | <input type="checkbox"/> 40 lat |
| <input type="checkbox"/> 41 lat | <input type="checkbox"/> 42 lat | <input type="checkbox"/> 43 lat | <input type="checkbox"/> 44 lat | <input type="checkbox"/> 45 lat |
| <input type="checkbox"/> 46 lat | <input type="checkbox"/> 47 lat | <input type="checkbox"/> 48 lat | <input type="checkbox"/> 49 lat | <input type="checkbox"/> 50 lat |
| <input type="checkbox"/> 51 lat | <input type="checkbox"/> 52 lat | <input type="checkbox"/> 53 lat | <input type="checkbox"/> 54 lat | <input type="checkbox"/> 55 lat |
| <input type="checkbox"/> 56 lat | <input type="checkbox"/> 57 lat | <input type="checkbox"/> 58 lat | <input type="checkbox"/> 59 lat | <input type="checkbox"/> 60 lat |
| <input type="checkbox"/> 61 lat | <input type="checkbox"/> 62 lat | <input type="checkbox"/> 63 lat | <input type="checkbox"/> 64 lat | <input type="checkbox"/> 65 lat |
| <input type="checkbox"/> 66 lat | <input type="checkbox"/> 67 lat | <input type="checkbox"/> 68 lat | <input type="checkbox"/> 69 lat | <input type="checkbox"/> 70 lat |
| <input type="checkbox"/> 71 lat | <input type="checkbox"/> 72 lat | <input type="checkbox"/> 73 lat | <input type="checkbox"/> 74 lat | <input type="checkbox"/> 75 lat |
| <input type="checkbox"/> 76 lat | <input type="checkbox"/> 77 lat | <input type="checkbox"/> 78 lat | <input type="checkbox"/> 79 lat | <input type="checkbox"/> 80 lat |
| <input type="checkbox"/> 81 lat | <input type="checkbox"/> 82 lat | <input type="checkbox"/> 83 lat | <input type="checkbox"/> 84 lat | <input type="checkbox"/> 85 lat |
| <input type="checkbox"/> 86 lat | <input type="checkbox"/> 87 lat | <input type="checkbox"/> 88 lat | <input type="checkbox"/> 89 lat | <input type="checkbox"/> 90 lat |
| <input type="checkbox"/> 91 lat | <input type="checkbox"/> 92 lat | <input type="checkbox"/> 93 lat | <input type="checkbox"/> 94 lat | <input type="checkbox"/> 95 lat |
| <input type="checkbox"/> 96 lat | <input type="checkbox"/> 97 lat | <input type="checkbox"/> 98 lat | <input type="checkbox"/> 99 lat | <input type="checkbox"/> 100 lat |

Nasilenie bólu

- W tej chwili nie odczuwam bólu.
- W tej chwili ból jest niewielki.
- W tej chwili ból jest średni.
- W tej chwili ból jest dość silny.
- W tej chwili ból jest bardzo silny.
- W tej chwili ból jest najgorszy, jaki mogę sobie wyobrazić.

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, ale 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.

Chodzenie

- Ból wcale nie przeszkadza mi w chodzeniu.
- Ból nie pozwala mi chodzić dalej niż 1 – 2 km.
- Ból nie pozwala mi chodzić dalej niż 500 m.
- Ból nie pozwala mi chodzić dalej niż 100 m.
- Mogę chodzić jedynie o lasce lub o kulach.
- Pozostaję cały czas w łóżku, z wielkim trudem dostaję się do toalety.

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 podnosić je, 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 ani przenosić żadnych przedmiotów.

Siedzenie

- Mogę siedzieć na każdym krześle dowolną ilość czasu.
- Mogę siedzieć na moim ulubionym krześle dowolną ilość czasu.
- Z powodu bólu mogę siedzieć nie dłużej niż 1 godzinę.
- Z powodu bólu mogę siedzieć nie dłużej niż pół godziny.
- Z powodu bólu mogę siedzieć nie dłużej niż 10 minut.
- Z powodu bólu wcale nie mogę siedzieć.

Stanie

- Mogę stać dowolną ilość czasu bez dodatkowego bólu.
- Mogę stać dowolną ilość czasu, lecz powoduje to dodatkowy ból.
- Z powodu bólu nie mogę stać dłużej niż 1 godzinę.
- Z powodu bólu nie mogę stać dłużej niż 30 minut.
- Z powodu bólu nie mogę stać dłużej niż 10 minut.
- Z powodu bólu nie mogę w ogóle stać.

Spanie

- Mój sen nigdy nie jest zaburzony bólem.
- Mój sen czasem jest zaburzony bólem.
- Z powodu bólu nie śpię dłużej niż 6 godzin.
- Z powodu bólu nie śpię dłużej niż 4 godziny.
- Z powodu bólu nie śpię dłużej niż 2 godziny.
- Z powodu bólu w ogóle nie mogę spać.

Życie seksualne *(jeśli dotyczy)*

- Moje życie seksualne wygląda tak jak zwykle i nie wywołuje dodatkowego bólu.
- Moje życie seksualne wygląda tak jak zwykle, ale wywołuje dodatkowy ból.
- Moje życie seksualne wygląda w przybliżeniu tak jak zwykle, ale powoduje silny ból.
- Moje życie seksualne jest mocno ograniczone przez ból.
- Moje życie seksualne prawie nie istnieje z powodu bólu.
- Z powodu bólu w ogóle nie mogę prowadzić życia seksualnego.

Życie towarzyskie

- Moje życie towarzyskie jest normalne, nie powoduje dodatkowego bólu.
- Moje życie towarzyskie jest normalne, lecz powoduje dodatkowy ból.
- Ból nie ma znaczącego wpływu na moje życie towarzyskie, poza czynnościami związanymi z aktywnością fizyczną (np.sport).
- Ból ograniczył moje życie towarzyskie, z tego powodu częściej zostaję w domu.
- Ból ograniczył moje życie towarzyskie do spotkań w domu.
- Z powodu bólu nie prowadzę życia towarzyskiego.

Podróżowanie

- Mogę podróżować wszędzie bez bólu.
- Mogę podróżować wszędzie, lecz powoduje to dodatkowy ból.
- Ból jest silny, ale jestem w stanie podróżować ponad 2 godziny.
- Ból nie pozwala mi podróżować dłużej niż 1 godzinę.
- Ból ogranicza moje podróże do niezbędnych, trwających krócej niż 30 minut.
- Z powodu bólu podróżuję wyłącznie do miejsc związanych z leczeniem.