

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 |
| <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 |
- (Np. 4 mies = 0,33 lat (4/12))

Schorzenia odcinka lędźwiowego kręgosłupa mogą prowadzić do bólu pleców i/lub bólu nóg/pośladków, a także do zaburzeń czucia takich jak mrowienia, klucie czy drętwienie w każdej z wymienionych okolic.

1 Który z poniższych problemów jest dla Pana/Pani **najbardziej dokuczliwy**?
Proszę zaznaczyć **JEDEN**

- ból pleców
- ból nogi/pośladka
- zaburzenia czucia w plecach/pośladkach/nodze np. mrowienie, klucie, 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 pleców** i **bólu nogi (rwa kulszowa)/pośladka**.

2a Jak silny był **bólu pleców** w ostatnim tygodniu?

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

2b Jak silny był **bólu nogi (rwa kulszowa)/pośladka** 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...

