

Kwestionariusz dla pacjentów, którzy przejdą operację kręgosłupa

1108 - Versjon 3

Informacje o pacjencie/pacjentce

Imię i nazwisko

Numer ewidencyjny (11 cyfr)

Adres

E-mail

Telefon komórkowy

Data wypełnienia

Dzień Miesiąc Rok

Czy pacjent/ka pali papierosy? Tak Nie Palił/a wcześniej

Czy pacjent/ka używa snusa? Tak Nie Używał/a snus wcześniej

Wzrost i waga

Wzrost (m) Waga (kg)

Wcześniejsze leczenie

Czy pacjent/ka otrzymał/a inne leczenie obecnych dolegliwości?
 Tak Nie

Jeśli tak; jaki efekt zdaniem pacjenta/-ki miało dane leczenie na dolegliwości? (proszę zaznaczyć)

	Poprawa	Bez zmian	Pogorszenie
Trening u fizjoterapeuty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne rodzaje leczenia u fizjoterapeuty (masaż, ciepłe okłady, elektroterapia, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia manualna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fizjoterapia psychomotoryczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kręgarz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interdyscyplinarna poliklinika leczenia kręgosłupa lub Centrum rehabilitacyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inny rodzaj leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Okres trwania objawów

Okres trwania obecnych bóli kręgosłupa/bioder (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):

Nie mam żadnych bóli kręgosłupa/bioder
 Mniej niż 3 miesiące
 3 do 12 miesięcy
 1 do 2 lat
 Więcej niż 2 lata

Okres trwania obecnych promieniujących bóli:

Nie mam żadnych promieniujących bóli
 Mniej niż 3 miesiące
 3 do 12 miesięcy
 1 do 2 lat
 Więcej niż 2 lata

Czas oczekiwania na operację kręgosłupa

Czas oczekiwania od daty skierowania przez lekarza rodzinnego do daty wizyty w specjalistycznej poliklinice (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):

Mniej niż 3 miesiące 3 - 6 miesięcy 6 - 12 miesięcy Więcej niż 12 miesięcy

Czas oczekiwania od daty podjęcia decyzji o operacji do daty operacji:

Mniej niż 3 miesiące 3 - 6 miesięcy 6 - 12 miesięcy Więcej niż 12 miesięcy

Leki przeciwbólowe

Czy pacjent/ka używa leków przeciwbólowych z powodu bóli kręgosłupa i/lub nóg?

Tak Nie

Jeśli tak: Jak często pacjent/ka używa leków przeciwbólowych (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

Rzadziej niż każdego miesiąca
 Każdego miesiąca
 Każdego tygodnia
 Codziennie
 Wiele razy dziennie

Jak silne bóle miał/a pacjent/ka w ciągu ostatniego tygodnia?

Jak pacjent/ka ocenia bóle kręgosłupa/bioder, których doświadczył/a w ciągu ostatniego tygodnia? Proszę zakreślić jedną liczbę

Żadnych bóli 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Najsilniejszy ból jaki można sobie wyobrazić

Jak pacjent/ka ocenia bóle nóg (jednej lub obu), których doświadczył/a w ciągu ostatniego tygodnia? Proszę zakreślić jedną liczbę

Żadnych bóli 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Najsilniejszy ból jaki można sobie wyobrazić

Indeks nieprawności Oswestry

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.

1. 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.

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 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

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

Kwestionariusz Dotyczący Zdrowia (EQ-5D)

Pod każdym nagłówkiem proszę zaznaczyć JEDEN kwadrat, aby wybrać stwierdzenie najlepiej określające Pana/Pani zdrowie DZISIAJ.

1. PORUSZANIE SIĘ

- Nie mam żadnych problemów z chodzeniem
- Mam niewielkie problemy z chodzeniem
- Mam umiarkowane problemy z chodzeniem
- Mam poważne problemy z chodzeniem
- Nie jestem w stanie chodzić

2. SAMOOBSŁUGA

- Nie mam żadnych problemów z myciem i ubieraniem się
- Mam niewielkie problemy z myciem i ubieraniem się
- Mam umiarkowane problemy z myciem i ubieraniem się
- Mam poważne problemy z myciem i ubieraniem się
- Nie mogę sam/a się umyć ani ubrać

3. ZWYKŁE CZYNNOSCI (np. praca, nauka, zajęcia domowe, aktywności rodzinne, zajęcia w czasie wolnym)

- Nie mam żadnych problemów z wykonywaniem moich zwykłych czynności
- Mam niewielkie problemy z wykonywaniem moich zwykłych czynności
- Mam umiarkowane problemy z wykonywaniem moich zwykłych czynności
- Mam poważne problemy z wykonywaniem moich zwykłych czynności
- Nie jestem w stanie wykonywać moich zwykłych czynności

4. BÓL / DYSKOMFORT

- Nie odczuwam żadnego bólu ani dyskomfortu
- Odczuwam niewielki ból lub dyskomfort
- Odczuwam umiarkowany ból lub dyskomfort
- Odczuwam silny ból lub dyskomfort
- Odczuwam krańcowy ból lub dyskomfort

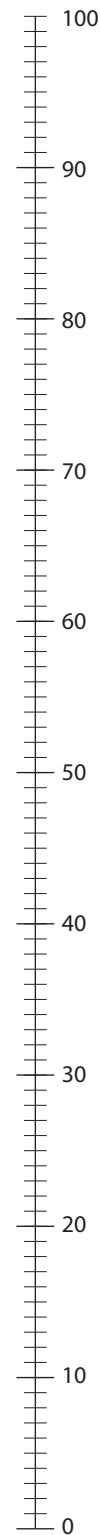
5. NIEPOKÓJ / PRZYGNĘBIENIE

- Nie jestem niespokojny/a ani przygnębiony/a
- Jestem trochę niespokojny/a lub przygnębiony/a
- Jestem umiarkowanie niespokojny/a lub przygnębiony/a
- Jestem bardzo niespokojny/a lub przygnębiony/a
- Jestem krańcowo niespokojny/a lub przygnębiony/a

Stan Zdrowia

- Chcielibyśmy wiedzieć jak dobre lub jak złe jest Pana/Pani zdrowie DZISIAJ.
- Ta skala jest ponumerowana od 0 do 100.
- 100 oznacza najlepsze zdrowie jakie można sobie wyobrazić. 0 oznacza najgorsze zdrowie jakie można sobie wyobrazić.
- Proszę zaznaczyć krzyżykiem (X) miejsce na skali, które pokazuje jakie jest Pana/Pani zdrowie DZISIAJ.
- Teraz liczbę, którą zaznaczył/a Pan/i na skali proszę wpisać w okienko poniżej..

Najlepsze zdrowie jakie można sobie wyobrazić



Najgorsze zdrowie jakie można sobie wyobrazić

PANA/PANI
ZDROWIE
DZISIAJ =

Bóle i praca

Jak duże zdaniem pacjenta/-ki jest ryzyko, że obecne bóle mogą stać się trwałymi? Proszę zakreślić jedną liczbę

Żadnego ryzyka 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo duże ryzyko

Na podstawie oceny pacjenta/-ki, jak duże są szanse na to, że pacjent/ka będzie aktywny/-a zawodowo za sześć miesięcy? Proszę zakreślić jedną liczbę

Żadnych szans 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo duże szanse

Zwiększony ból to znak tego, że powinienem/powinnam przerwać czynność, którą wykonuję do momentu ustąpienia bólu. Proszę zakreślić jedną liczbę

Całkowicie się nie zgadzam 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Całkowicie się zgadzam

Nie powinienem/powinnam wykonywać mojej normalnej pracy z moimi obecnymi bólami. Proszę zakreślić jedną liczbę

Całkowicie się nie zgadzam 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Całkowicie się zgadzam

Stan cywilny

Żonaty/zamężna/ W związku konkubenckim Samotny/-a

Trudności z czytaniem i pisaniem

Czy pacjent/kam a trudności z czytaniem i pisaniem?

Tak, w dużym stopniu Tak, w pewnym stopniu Nie

Status zawodowy przed operacją

Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź, która najlepiej opisuje sytuację

Wykonuję pracę na pełen etat Na zwolnieniu lekarskim
 Wykonuję pracę na część etatu Na częściowym zwolnieniu lekarskim
 Student/uczeń _____ % zwolnienia lekarskiego
 Emeryt/ka Świadczenie na czas określenia zdolności do pracy
 Bezrobotny/-a Rencista z tytułu niezdolności do pracy
----- ewentualnie % renty z tytułu niezdolności do pracy

Na zwolnieniu lekarskim

Łączny okres zwolnienia lekarskiego w związku z dolegliwościami związanymi z kręgosłupem

Mniej niż 3 miesiące 3 - 6 miesięcy 6 - 12 miesięcy Więcej niż 12 miesięcy

Czy pacjent/ka ma pracę, która jest ciężka fizycznie lub jednostajna? Proszę zakreślić jedną liczbę

Nie ciężka fizycznie 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo ciężka fizycznie

Nie jednostajna 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bardzo jednostajna

Język ojczysty (język główny/pierwszy)

Norweski Saamski
 Inny, proszę podać jaki _____

Czy pacjent/ka urodził/a się w Norwegii? Tak Nie

Wykształcenie i zawód

Jakie jest najwyższe ukończone wykształcenie pacjenta/-ki? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

Szkoła podstawowa 7-10 lat, lub norweski uniwersytet ludowy
 Liceum zawodowe lub zasadnicza szkoła zawodowa
 Liceum ogólnokształcące lub norweskie gimnazjum
 Szkoła wyższa lub uniwersytet (poniżej 4 lat)
 Szkoła wyższa lub uniwersytet (4 lata lub więcej)

Czy pacjent/ka odczuwa, że jego/jej pracodawca chce, aby pacjent/ka wrócił/a do pracy?

Tak Nie Nie wiem

Czy pacjent/ka aplikował/a o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy?

(Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

Tak
 Nie
 Planuję aplikować
 Została już przyznana

Czy pacjent/ka aplikował/a o przyznanie odszkodowania z firmy ubezpieczeniowej albo z Norweskiej Komisji Odszkodowań Medycznych lub o odszkodowanie za wypadek przy pracy?

(Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

Tak
 Nie
 Planuję aplikować
 Została już przyznana

Przynależność etniczna/kulturowa

Norwegia
 Skandynawia poza Norwegią
 Europa poza Skandynawią
 Bliski Wschód
 Azja poza Bliskim Wschodem
 Afryka Północna włącznie z Saharą
 Afryka na południe od Sahary
 Ameryka Północna
 Ameryka Południowa i Środkowa
 Oceania (Australia, Nowa Zelandia + różne społeczności wyspiarskie)