

Kwestionariusz dla pacjentów, którzy przejdą operację w związku ze stanami zwyrodnieniowymi szyi



E-mail: ryggregisteret@unn.no
Hjemmeside: www.ryggregisteret.no

0510 – Versjon 2

Informacje o pacjencie/-tce	
Imię i nazwisko	
Numer ewidencyjny (11 cyfr)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adres	
E-mail	
Telefon komórkowy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rodzina i dzieci	
1. Stan cywilny (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)	
<input type="checkbox"/> Żonaty/zamężna <input type="checkbox"/> W związku konkubenckim <input type="checkbox"/> Samotny/-a	
2. Ile dzieci ma pacjent/ka?	
<input type="text"/> <input type="text"/>	
Język ojczysty	
<input type="checkbox"/> Norweski <input type="checkbox"/> Saamski <input type="checkbox"/> Inny, proszę podać jaki	
Czy pacjent/ka pali papierosy? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Czy pacjent/ka używa snus? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Wzrost i waga	
Wzrost	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (m)
Waga	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (kg)
Wykształcenie	
Jakie jest najwyższe ukończone wykształcenie pacjenta/-ki? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)	
<input type="checkbox"/> Szkoła podstawowa 7-10 lat, lub norweski uniwersytet ludowy	
<input type="checkbox"/> Liceum zawodowe lub zasadnicza szkoła zawodowa	
<input type="checkbox"/> Liceum ogólnokształcące lub norweskie gimnazjum	
<input type="checkbox"/> Szkoła wyższa lub uniwersytet (poniżej 4 lat)	
<input type="checkbox"/> Szkoła wyższa lub uniwersytet (4 lata lub więcej)	
Zawód (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)	
<input type="checkbox"/> Mam pracę, w której pracuję dużo rękami powyżej wysokości barków	
<input type="checkbox"/> Mam pracę, w której w dużym stopniu korzystam z komputera	
<input type="checkbox"/> Mam pracę, która wiąże się z ciężką pracą fizyczną	
<input type="checkbox"/> Mam pracę, która wiąże się z lekką pracą fizyczną w zróżnicowanych pozycjach w pracy	
<input type="checkbox"/> Mam siedzącą pracę	

Dany kwestionariusz ma na celu ułatwić lekarzom, pielęgniarkom i fizjoterapeutom lepsze zrozumienie, jakie dolegliwości mają pacjenci ze stanami zwyrodnieniowymi szyi, oraz jak efektywne i bezpieczne jest dane leczenie. Taka wiedza może być użyta w celu zapewnienia lepszej oferty leczenia dla pacjentów z dolegliwościami szyi

Data wypełnienia	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	Dzień	Miesiąc	Rok

Status zawodowy (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)	
<input type="checkbox"/> Aktywny zawodowo	<input type="checkbox"/> Na zwolnieniu lekarskim
<input type="checkbox"/> Zajmujący/-a się domem	<input type="checkbox"/> Na aktywnym zwolnieniu lekarskim
<input type="checkbox"/> Student/uczeń	<input type="checkbox"/> Świadczenie na czas określenia zdolności do pracy
<input type="checkbox"/> Emeryt/ka	<input type="checkbox"/> Renta z tytułu niezdolności do pracy
<input type="checkbox"/> Bezrobotny/-a	<input type="checkbox"/> Renta z tytułu niezdolności do pracy + na zwolnieniu lekarskim
Jeśli pacjent/ka jest na częściowym zwolnieniu lekarskim lub nie otrzymuje pełnej renty z tytułu niezdolności do pracy, proszę podać procent	
% zwolnienia lekarskiego _____% niezdolności do pracy	
Czy pacjent/ka aplikował/a o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy z powodu choroby/stanu, której/-go dotyczy dana operacja? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)	
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Planuję aplikować	<input type="checkbox"/> Została już przyznana

Czy pacjent/ka aplikował/a o przyznanie odszkodowania z firmy ubezpieczeniowej lub z obowiązkowego systemu ubezpieczeń społecznych (ewentualnie odszkodowanie za wypadek przy pracy) ze względu na stan/chorobę, w związku, z którym/-ą pacjent/ka przejdzie daną operację? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)	
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Planuję aplikować	<input type="checkbox"/> Została już przyznana

Okres trwania objawów	
Okres trwania obecnych bóli głowy/szyi (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):	
<input type="checkbox"/> Nie mam żadnych bóli głowy/szyi	
<input type="checkbox"/> Mniej niż 3 miesiące	
<input type="checkbox"/> 3 do 12 miesięcy	
<input type="checkbox"/> 1 do 2 lat	
<input type="checkbox"/> Więcej niż 2 lata	

Okres trwania obecnych promieniujących bóli ramion:

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

Okres trwania zwolnienia lekarskiego/rehabilitacji powodu aktualnych dolegliwości (w tygodniach)

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Żadnych bóli Najsilniejszy ból jaki można sobie wyobrazić

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Żadnych bóli Najsilniejszy ból jaki można sobie wyobrazić

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Żadnych bóli Najsilniejszy ból jaki można sobie wyobrazić

Gdzie promieniają bóle? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- W obu barkach/rękach
- Tylko w jednym barku/ręce
- Żadnych bóli promieniujących

Dokąd sięgają bóle rąk pacjenta? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- Do barku
- Do ramienia/łokcia
- Do przedramienia/nadgarstka
- Do palca/palców
- Żadnych bóli rąk/barków

Czy pacjent/ka był/a wcześniej badany/-a lub leczony/-a w związku dolegliwościami w barkach?

- Tak Nie

Leki przeciwbólowe

Czy pacjent/ka używa leków przeciwbólowych z powodu bóli szyi i/lub ramion?

- Tak Nie

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

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

Obniżenie siły (niedowład)

Czy pacjent ma obniżenie siły (niedowład) w danym barku, ramieniu lub dłoni?

- Tak Nie

Jeśli tak: Proszę podać okres tak dokładnie jak to możliwe i wybrać tylko jedną z podanych alternatyw

- Mniej niż 24 godziny, ew. liczba godzin
- Mniej niż 1 tydzień, ew. liczba dób
- 1 tydzień do 3 miesięcy, ew. liczba tygodni
- 3 miesiące do 12 miesięcy
- Więcej niż 12 miesięcy

Wskaźnik niesprawności szyjnej (NDI)

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.

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, myję 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.

Europejska Punkcjacja Mielopatii (EMS)

Skala składa się z pięciu pytań, które rzucają światło na różne aspekty funkcji rdzenia kręgowego. Proszę odpowiedzieć na pytania zaznaczając pola (tylko jedno dla każdego akapitu), które najlepiej opisują sytuację pacjenta/-ki.

1. Funkcja chodzenia

- Nie mogę chodzić, muszę poruszać się na wózku inwalidzkim
- Mogę chodzić po płaskim terenie o lasce lub z innym środkiem pomocniczym
- Po schodach muszę chodzić o lasce lub z innym środkiem pomocniczym, ale po płaskim terenie mogę chodzić bez wsparcia
- Chodzę niezgrabnie, ale nie potrzebuję środków pomo
- Chodzę normalnie, nawet po schodach

2. Funkcja dłoni

- Nie mogę pisać odręcznie lub jeść nożem i widelcem
- Mam problemy z pisanem odręcznym lub jedzeniem nożem i widelcem
- Mogę pisać odręcznie i zawiązać krawat i sznurówki, ale robię to niezdarne
- Nie mam żadnych trudności z pisanem

3. Koordynacja

- Potrzebuję pomocy z ubieraniem się
- Mogę się ubierać sam/a, ale robię to niezdarne i zajmuje to trochę czasu
- Nie mam żadnych trudności z ubieraniem się

4. Kontrola nad pęcherzem moczowym i jelitami

- Nie mam żadnej kontroli nad funkcją pęcherza moczowego i/lub jelit
- Mam kiepską kontrolę nad funkcją pęcherza moczowego i/lub jelit
- Mam normalną funkcję pęcherza moczowego i jelit

5. Drętwienie/bóle

- Mam silne obezwładniające bóle
- Doświadczam drętwienia i bólu, ale mogę z tym żyć
- Nie mam żadnego drętwienia lub bólu

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 CZYNNOŚCI (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

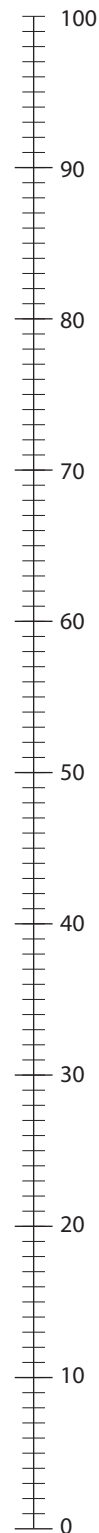
5. NIEPOKÓJ / PRZYGNĘBIENIE

- 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



PANA/PANI
ZDROWIE
DZISIAJ =

Najgorsze zdrowie jakie można sobie wyobrazić