

Анкета нового пацієнта служби лікування болю

Для того щоб ми могли повністю оцінити Ваш больовий синдром, просимо Вас відповісти на наведені нижче запитання. Якщо у Вас виникнуть труднощі із заповненням або розумінням анкети, зверніться за допомогою до працівника служби лікування болю.

ПІБ пацієнта:

Основний діагноз:

Чи маєте Ви будь-які хронічні захворювання (наприклад, артеріальну гіпертензію, цукровий діабет, бронхіальну астму тощо)?

1.

3.

2.

4.

Чи приймаєте Ви будь-які лікарські засоби для лікування болю або проблеми, з якою звернулися до служби лікування болю?

	Назва препарату	Дозування	Частота прийому	Допомагає?
1.				☐ Так ☐ Ні
2.				☐ Так ☐ Ні
3.				☐ Так ☐ Ні
4.				☐ Так ☐ Ні

Чи приймаєте Ви будь-які інші лікарські засоби?

1.

4.

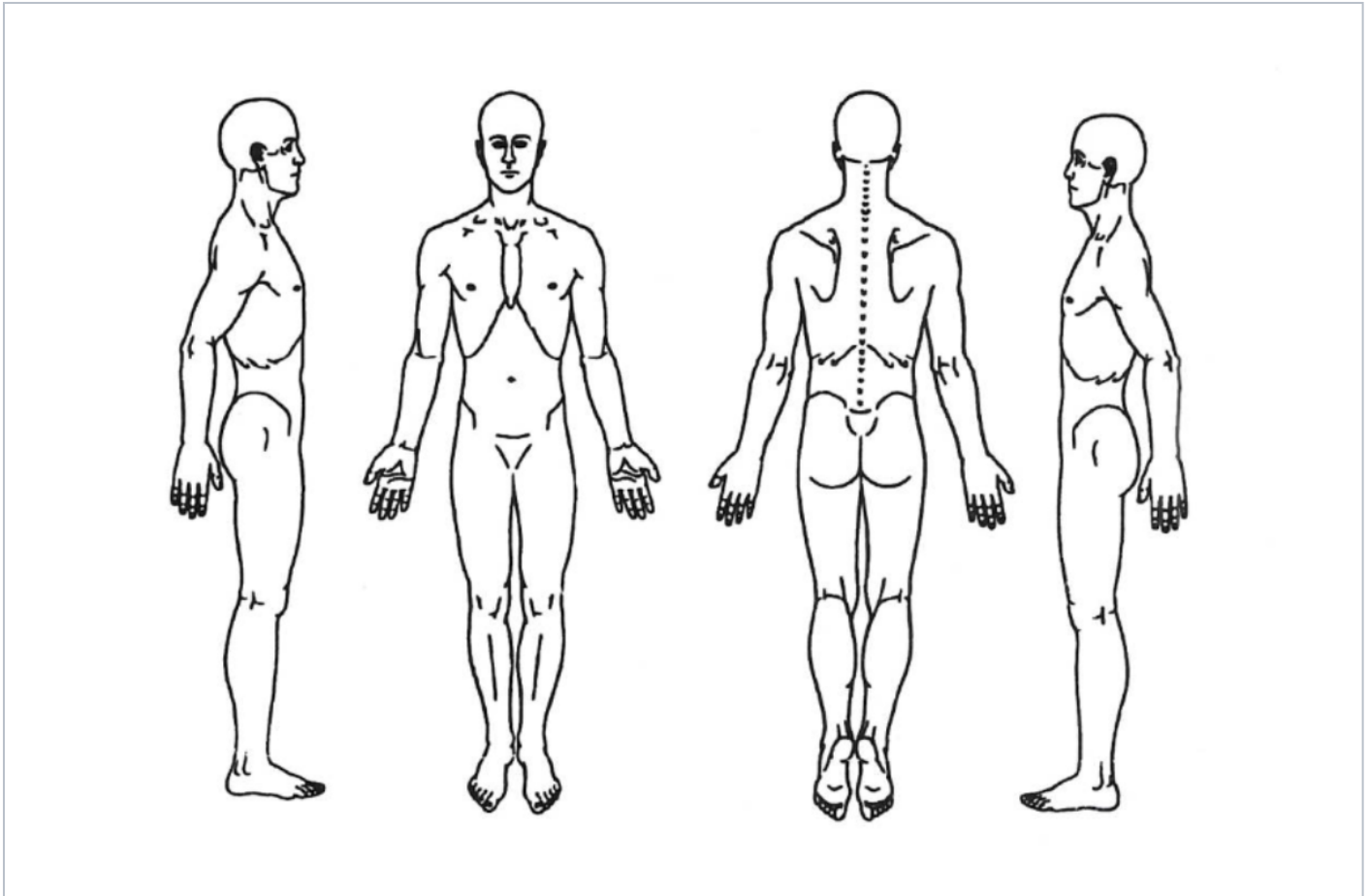
2.

5.

3.

6.

Де саме Ви відчуваєте біль? (позначте болючі ділянки на схемі тіла)



1. Оцініть, будь ласка, свій біль за останній тиждень у момент, коли він був **НАЙСИЛЬНІШИМ**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

болю немає

найсильніший біль в житті

2. Оцініть **СЕРЕДНЮ** інтенсивність Вашого болю за останній тиждень.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

болю немає

найсильніший біль в житті

3А. Наскільки біль впливає на **ЗАГАЛЬНУ ФІЗИЧНУ АКТИВНІСТЬ**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

зовсім не заважає

повністю заважає

3Б. Наскільки біль впливає на **НАСТРІЙ**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

зовсім не заважає

повністю заважає

3В. Наскільки біль впливає на **ЗДАТНІСТЬ ХОДИТИ**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

зовсім не заважає

повністю заважає

3Г. Наскільки біль впливає на ПОВСЯКДЕННУ ДІЯЛЬНІСТЬ? (робота, домашні справи, хобі)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

зовсім не заважає

повністю заважає

3Д. Наскільки біль впливає на ВЗАЄМИНИ З ІНШИМИ ЛЮДЬМИ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

зовсім не заважає

повністю заважає

3Е. Наскільки біль впливає на СОН?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

зовсім не заважає

повністю заважає

3Ж. Наскільки біль впливає на ЗАДОВОЛЕННЯ ЖИТТЯМ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

зовсім не заважає

повністю заважає

Як Ви вважаєте, що є причиною Вашого болю?

1

2

Якої допомоги Ви очікуєте від нашої клініки?

Чи наявні додаткові прояви, що перераховані нижче? (відмітити той, що наявний)

☐ Пекучий біль	☐ Відчуття «бігаючих мурашок»
☐ Болісне відчуття холоду	☐ Оніміння
☐ Електричні удари	☐ Свербіж
☐ Поколювання	☐ Гіпестезія до дотику (зниження чутливості)
☐ Гіпестезія до поколювання (зниження чутливості)	☐ Алодинія при дотику пензликом, ваткою (больове відчуття)

Дата заповнення: _____

Підпис: _____