

Vážená pani, vážený pán,

predkladáme vám dotazník. Prosíme Vás, pozorne si prečítajte nasledujúce otázky a pravdivo na ne odpovedajte. Vaše odpovede budú slúžiť k diagnostike a následnej liečbe Vašej bolesti a sprievodných ťažkostí.

Meno a priezvisko:

Vek: (rodné číslo) / Zdravotná poisťovňa:

Bydlisko:

Zamestnanie: ako: (u dôchodcov zamestnanie pred dôchodkom)

Stav: (slobodný (á) / ženatý (á) / vdovec (a) /

Liečim sa na nasledujúce ochorenia :

:
:
:
:

ALERGIA (precitlivosť) na tieto lieky:

Operácie:(úrazy)

Ožarovanie :

Chemoterapia :

Iná liečba :

1/ Uvedte miesto bolesti (kde mávate bolesť) :

-hlava -krk -hrudník -chrbát
 -brucho -horná končatina -dolná končatina -iná(dopíšte):
.....

2/ Šíri sa niekde bolesť ?, ak áno, uvedte kde sa šíri z pôvodného miesta (vyžaruje):

3/ Skúste slovom popísať intenzitu (silu) vašej bolesti v poslednom týždni:

- žiadna - mierna - stredná
 - silná - veľmi silná - krutá až neznesiteľná

4/ Na číselnej tabuľke od 0 do 10 označte priemernú intenzitu (silu) bolesti, ktorú pociťujete posledný týždeň

0 = žiadna bolesť,

10 = maximálna bolesť, akú si viem predstaviť

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

5/ Ako by ste charakterizovali Vašu bolesť slovami (môžete označiť aj viac odpovedí):

-ostrá -tupá -pichavá -bodavá -rezavá -pálivá
 -krčovitá -trhavá -tlaková -zvieravá -pulzujúca
 -iná:(skúste opísať) :
.....

6/ Uved'te, ako dlho terajšia vaša bolesť trvá :

A/ Bolesť silná: týždňov mesiacov rokov

B/ Bolesť slabšia: týždňov mesiacov rokov

7/ Bolesť vznikla:

-bez vedomej príčiny

-po úraze

- po operácii

-v súvislosti s inou životnou situáciou (opíšte)

8/ V priebehu dňa je bolesť :

- stále rovnaká

- v priebehu dňa sa opakuje pravidelne

- v priebehu dňa sa opakuje nepravidelne

9/ Bolesť dokáže vyprovokovať (zhoršiť): (napríklad pohyb, námaha...) (napíšte, čo bolesť provokuje, zhoršuje)

10/ Od silnej bolesti si dokážem pomôcť nasledovne: (čo pomáha mierniť bolesť, čo robíte, aby bola bolesť slabšia)

11/ Bolesť, ktorú najčastejšie pociťujem, sa zhoršuje:

-ráno

-počas dňa

-večer

-v noci

-po námahe

- v kľude

-podľa počasia

-neviem

-sú prítomné iné príčiny, napíšte

12/ Keď máte bolesti, stáva sa vám, že pociťujete (môžete označiť aj viac odpovedí) :

-únavu

-úzkosť

-osamelosť

-strach

-depresiu

-smútok

-bez nádej

-hnev

-obviňujem seba

-mám zlosť na seba

-bezmocnosť

-obviňujem iných

-mám zlosť na iných

-iné pocity (prosím, dopíšte):

13/ Okrem bolesti mám aj iné ťažkosti (môžete označiť aj viac odpovedí) :

-pocit unavenosti

-nespavosť

-predráždenosť, nervozita

-kašeľ

-pocit dušnosti

-búšenie srdca

-nechuť do jedla

-úbytok na hmotnosti (posledné 3mesiace)

-prierabanie na hmotnosti

-nepravidelná stolica

-časté hnačky

-zápcha

-ťažkosti s močením

-bolesti pri močení

-iné ťažkosti (napíšte):

14/ Stáva sa, že sa cítite osamelý (á) ? :

-áno, veľmi často

-áno, dosť často

-áno, niekedy, občas

-nie

15/ Čo Vám spôsobilo doteraz najväčšiu úľavu od bolesti ? Napíšte:

.....
.....
.....
.....

16/ Doteraz som od bolesti užíval(a) nasledovné lieky:

Napište názov lieku od BOLESTI, prípadne dávkovanie

Napište aký mal výsledok (účinnosť lieku)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

17/ Okrem liekov, akú liečbu bolesti ste doteraz absolvovali? Napíšte (napr.: akupunktúra, homeopatia, kúpeľná liečba,):

.....
.....

18/ Poznáte svoj zdravotný stav (svoje ochorenie, ktoré spôsobuje bolesť) ?

-áno, informoval ma môj praktický lekár

-áno, som informovaný (á), ale nie od lekára

-nie, nebol (a) som informovaný (á)

-áno, informoval ma odborný lekár

-áno, ale len čiastočne

19/ V prípade, že nepoznate svoj zdravotný stav, túžite, resp chcete ho poznať?

-áno

-nie, bojím sa

-nie, nezaujíma ma

moja poznámka:

20/ Veríte v možné uzdravenie sa, respektíve aspoň zlepšenie vášho zdravotného stavu ?

-áno, verím

-dúfam v zlepšenie

-neverím

-neviem

moja poznámka:

21/ **Vymenujte VŠETKY LIEKY**, ktoré teraz (posledné dni, posledné týždne) užívate:

názov lieku	dávkovanie počas dňa
1,.....
2,.....
3,.....
4,.....
5,.....
6,.....
7,.....
8,.....
9,.....
10,.....
11,.....
12,.....

22/ **Bolesť, ktorú pociťujem práve teraz**, hodnotím ako:

bolesť vyjadrená slovom:

- žiadna - mierna - stredná
 - silná - veľmi silná - krutá až neznesiteľná

iné vyjadrenie:

bolesť vyjadrená bodmi:

0 = žiadna bolesť 10 = maximálna bolesť, akú si viem predstaviť

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

23/ **Akú silu bolesti - ako trvalé riešenie do budúcnosti - by som prijal (toleroval, akceptoval)** :

bolesť vyjadrená slovom:

- žiadna - mierna - stredná
 - silná - veľmi silná - krutá až neznesiteľná

iné vyjadrenie:

bolesť vyjadrená bodmi:

0 = žiadna bolesť 10 = maximálna bolesť, akú si viem predstaviť

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

24/ **Poznámky** (sem môžete dopísať vaše osobitné doplnenia ohľadom vašej bolesti, resp. priania, ktoré by sme liečbou sa mali pokúsiť splniť...):

.....
.....
.....

dátum vyplnenia dotazníka

podpis pacienta

Grafický záznam bolesti

Presné vyplnenie tohto formulára a označenie bolestivých oblastí vášho tela nižšie, pomôže
Vášmu lekárovi lepšie vyhodnotiť Váš zdravotný stav a stanoviť zodpovedajúcu terapiu.

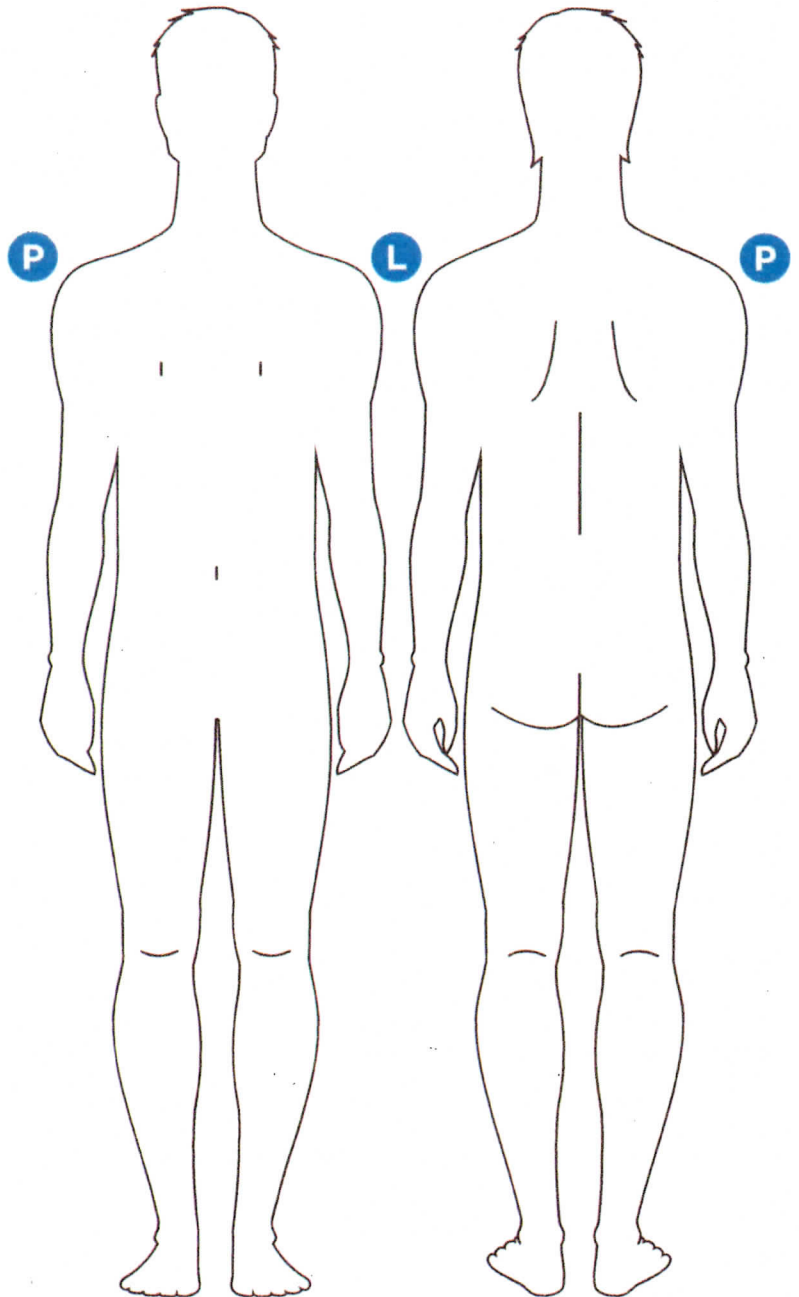
Meno / Identifikačné číslo:

T.č.

Lekár / Zdravotnícke zariadenie:

OBVODNÝ LEKÁR:

Dátum



Stupnica bolesti

Vľavo od stupnice bolesti zaškrtnite intenzitu bolesti, ktorú momentálne cítite.

<input type="checkbox"/>	10 neznesiteľná bolesť
<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	0 bez bolesti

Poznámky

Interval bolesti

Zaškrtnite, ako často vyššie uvedenou bolesťou trpíte.

<input type="checkbox"/> zriedka	<input type="checkbox"/> niekoľkokrát za deň
<input type="checkbox"/> raz za deň	<input type="checkbox"/> raz za týždeň
<input type="checkbox"/> raz za mesiac	<input type="checkbox"/> neustále



Váš partner v liečbe bolesti

