

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



Email: ryggregisteret@unn.no

Website: www.ryggregisteret.no

Version 3

Informacje o pacjencie/-tce

Imię i nazwisko

Numer ewidencyjny
(11 cyfr)

Telefon komór-
kowy

Data wypełnienia

Dzień

Miesiąc

Rok

Rodzina i dzieci

☐ Żonaty/zamężna ☐ W związku konkubentkim ☐ Single

Język ojczysty

☐ Norweski ☐ Saamski ☐ Inny, proszę podać jaki

Przynależność etniczna/kulturowa

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

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

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

Wzrost i waga

Wzrost , (m)

Waga , (kg)

Wykształcenie

Jakie jest najwyższe ukończone wykształcenie pacjenta/-ki?
(Proszę oznaczyć 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)

Zawód (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

☐ Mam pracę, w której pracuję dużo rękami powyżej wysokości barków
☐ Mam pracę, w której w dużym stopniu korzystam z komputera
☐ Mam pracę, która wiąże się z ciężką pracą fizyczną
☐ Mam pracę, która wiąże się z lekką pracą fizyczną w zróżnicowanych pozycjach w pracy
☐ Mam siedzącą pracę

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 aplikował/a o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy z powodu choroby/stanu, której/-go dotyczy dana operacja?
(Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

☐ Tak ☐ Nie
☐ Planuję aplikować ☐ 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)

☐ Tak ☐ Nie
☐ Planuję aplikować ☐ Została już przyznana

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 ☐

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

Okres trwania objawów

Okres trwania obecnych promieniujących bóli ramion: (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):

☐ Nie mam żadnych promieniujących bóli

☐ Mniej niż 3 miesiące

☐ 3 do 12 miesięcy

☐ 1 do 2 lat

☐ Więcej niż 2 lata

Okres trwania obecnych bóli szyi: (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):

☐ Nie mam żadnych bóli szyi

☐ Mniej niż 3 miesiące

☐ 3 do 12 miesięcy

☐ 1 do 2 lat

☐ Więcej niż 2 lata

Okres trwania obecnych bóli głowy: (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):

☐ Nie mam żadnych bóli głowy

☐ Mniej niż 3 miesiące

☐ 3 do 12 miesięcy

☐ 1 do 2 lat

☐ Więcej niż 2 lata

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 karku, 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 dni

☐ 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.

Funkcja rdzenia kręgowego (P-mJOA)

Poniżej znajdują się cztery opisy różnych funkcji rdzenia kręgowego. Proszę zaznaczyć odpowiednie pole, które najlepiej opisuje Pana/Pani sytuację – odhaczyć tylko raz w każdej sekcji

1. Funkcja motoryczna kończyny górnej

- ☐ Nie jestem w ogóle w stanie poruszać dłońmi
- ☐ Potrafię trochę ruszać dłońmi, ale nie jestem w stanie się nakarmić
- ☐ Jestem w stanie się nakarmić, ale nie jestem w stanie samodzielnie zapiąć koszuli
- ☐ Potrafię zapiąć koszulę ale jest to dla mnie bardzo trudne i zajmuje mi dużo czasu
- ☐ Potrafię zapiąć koszulę z lekkimi trudnościami
- ☐ Moje ręce są sprawne

2. Funkcja motoryczna kończyny dolnej

- ☐ Jestem sparaliżowany/a i nie jestem w stanie poruszać nogami, nie mam także czucia w nogach
- ☐ Mam czucie w nogach ale nie jestem w stanie w ogóle nimi ruszać
- ☐ Potrafię ruszać nogami ale nie potrafię chodzić
- ☐ Potrafię chodzić ale wymagam użycia sprzętu pomocniczego
- ☐ Potrafię wchodzić po schodach i ze schodów ale muszę trzymać się poręczy
- ☐ Czuje się lekko niepewnie jeśli chodzi o utrzymanie równowagi, ale potrafię wchodzić po schodach, i ze schodów bez trzymania poręczy
- ☐ Jestem trochę chwiejny/a ale potrafię chodzić bez sprzętu pomocniczego
- ☐ Funkcje w nogach nie uległy zmianie

3. Czuć w kończynie górnej

- ☐ Nie mam czucia w dłoniach
- ☐ Odczuwam ból lub znaczną utratę czucia w dłoniach (to obejmuje także drętwienia i mrowienie)
- ☐ Odczuwam lekką utratę czucia w dłoniach (to obejmuje także drętwienia i mrowienie)
- ☐ Nie doznałem utraty czucia w dłoniach

4. Zwieracz (Sphincter)

- ☐ Nie jestem w stanie kontrolować oddawania moczu
- ☐ Zaznaje trudności z oddawaniem moczu
- ☐ Mam średnie trudności z oddawaniem moczu
- ☐ Nie mam żadnych trudności z oddawaniem moczu

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

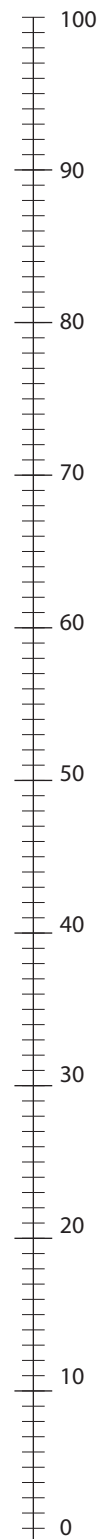
- ☐ Nie jestem niespokojny/a ani przygnębiony/a
- ☐ Jestem trochę niespokojny/a lub przygnębiony/a
- ☐ Jestem umiarkowanie niespokojny/a lub przygnębiony/a
- ☐ Jestem bardzo niespokojny/a lub przygnębiony/a
- ☐ Jestem krańcowo niespokojny/a lub przygnębiony/a

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..

PANA/
PANI ZD-
ROWIE
DZISIAJ
=

Najlepsze zdrowie jakie
można sobie wyobrazić



Najgorsze zdrowie jakie
można sobie wyobrazić