

## **PROSÍM NEZAPOMEŇTE S SEBOU PŘINÉST:**

1. Kartu od praktického lékaře
2. Soupis užívaných léků
3. Tento vyplněný dotazník

Vážená paní, pane,

Jste objednan(a) na vyšetření a léčení na naše pracoviště zabývající se léčením bolestivých stavů.

Pro usnadnění vyšetření a dokonalé pochopení Vašich problémů Vás žádáme o vyplnění předloženého dotazníku před prvním vzájemným rozhovorem.

Zaručujeme Vám, že údaje v něm uvedené zůstanou důvěrné v rámci zachování lékařského tajemství. Prosím vyplňujte údaje samostatně!

Doporučujeme Vám přinést na první vyšetření lékařskou zprávu od Vašeho ošetřujícího lékaře včetně všech dostupných zdravotnických vyšetření (laboratorních výsledků, zobrazovacích vyšetření rentgenových, sonografických, CT ...)

Věříme, že vyplnění dotazníku Vám nezpůsobí obtíže a že údaje v něm obsažené budou odpovídat skutečnosti.

Děkujeme za spolupráci,

kolektiv Ambulance pro léčbu bolesti

Příjmení: .....

Jméno: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: .....

Název zdravotní pojišťovny: .....

Adresa bydliště: .....

Telefon (domů, do zaměstnání): .....

Zaměstnání (hlavní i vedlejší): .....

.....

.....

Rodinná situace (podtrhněte event. doplňte)

- svobodný(á)
- ženatý, vdaná (1.- manželství, 2. a další manželství)
- rozvedený(á) jak dlouho
- vdova, vdovec, jak dlouho

Počet dětí, jejich věk a pohlaví:

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

Váš praktický lékař (jméno a adresa): .....

.....

Lékař(i) specialista(é) - jména a adresy .....

.....

.....

Pokud nedocházíte k lékaři praktickému nebo specialistovi, ponechte prosím kolonky volné.

## SOCIÁLNÍ DOTAZNÍK

Vaše zaměstnání: (zaškrtněte event. doplňte)

- plný pracovní úvazek
- částečný pracovní úvazek
- kombinace obou

Přerušení zaměstnání (důvody): .....

.....  
.....

Pracovní úraz (datum, kdy, kde): .....

.....  
.....

Dlouhodobě nemocen (od kdy, jak dlouho): .....

.....

Nezaměstnaný (od kdy, jak dlouho): .....

.....

Invalidita (částečná, plná, od kdy, jak dlouho): .....

.....

Důchod (od kdy): .....

.....

Jiné: .....

.....

.....

.....

.....

## DOTAZNÍK SLEDOVÁNÍ BOLESTI

Jaké obtíže Vás v současnosti nejvíce trápí?: .....

.....

Od kdy pociťujete tyto obtíže?: .....

V následku jaké události vznikla bolest?

(po nehodě, úrazu, nemoci, námaze, operaci, ...) .....

.....

Kdy Vás to nejvíce bolí? (při jaké činnosti)

- při kterém pohybu

- při které poloze

- při které činnosti

Intenzita bolesti: 0 - žádná

1 - nepatrná bolest

2 - mírná bolest

3 - střední bolest

4 - strašná bolest

5 - nesnesitelná bolest

Přiřaďte k jednotlivým obdobím dne (v hodinách) číslo odpovídající intenzitě bolesti v daném období dne:

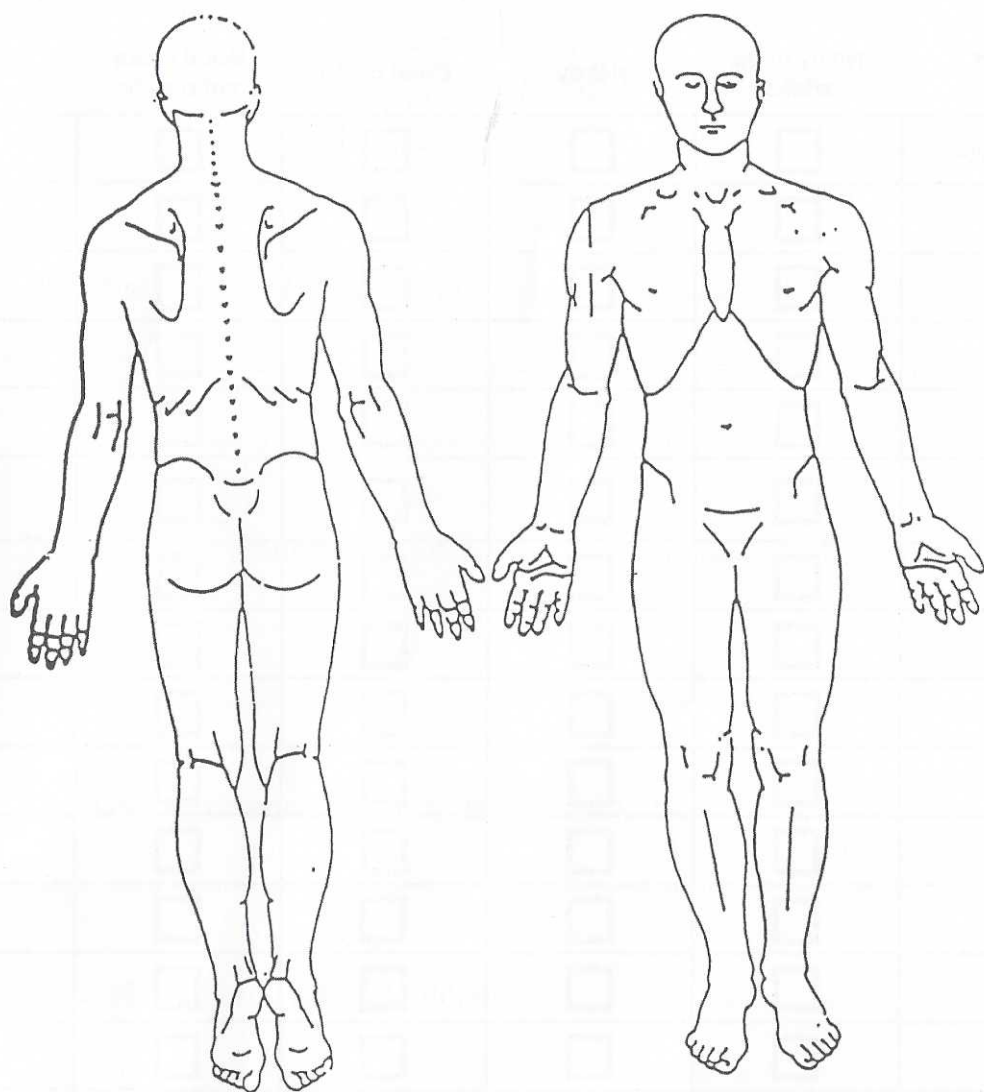
Hodina	6	9	12	15	18	20	24	3
--------	---	---	----	----	----	----	----	---

intenzita bolesti

Co bolest ovlivňuje (popište):

- zhoršuje

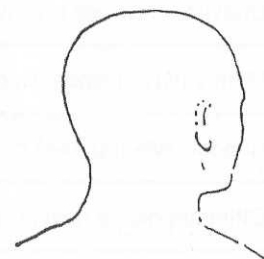
- zlepšuje



vpravo



vlevo



Prosím označte na obrázku hlavy a těla, na kterém místě na těle máte bolesti.

- Prosím udělejte křížek tam, kde je bolest na jednom místě, nebo v jednom bodě, kde se dá místo poměrně přesně určit.
- V případě, že bolest začne na jednom místě a postupuje dále, označte prosím šipkou odkud kam.
- V případě, že přesné místo bolesti se nedá určit, ale bolí spíše celá plocha, označte prosím tuto celou plochu.
- V případě, že jste označily více bolestivých míst, tak místo s nejsilnější bolestí označte č. 1 (hlavní bolest).

Značky pro typy bolestí:

křečovitá      XXX

vystřelující      JVVV

mravenčení      ~~~

tlaková      ○○○

bodavá      ●●●

znecitlivění      ———

pálivá      ZZZ

píchání      ...

# DOTAZNÍK PACIENTA

## ZUNGOVA SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE DEPRESE

	Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z dvaceti položek	Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dosti často	Velmi často nebo stále
1.	Jsem smutný(á), skleslý(á) a zkroušený(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ráno se cítím nejlépe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	V noci mám potíže se spaním.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Jím stejné množství jídla jako dříve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Všiml(a) jsem si, že ubývám na váze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Mám potíže se zácpou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Srdce mi buší rychleji než obvykle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Unavím se a i bez příčiny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Mám v hlavě jasno jako obvykle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Snadno zvládnou totéž co dřív.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Jsem plný(á) naděje do budoucna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Jsem více podrážděný(á) než obvykle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Snadno se rozhoduji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Cítím, že jsem užitečný(á) a potřebný(á)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Žiji plným životem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Těší mne stejné věci co dříve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Instrukce pro vyplnění:

Přečtěte si pečlivě každou větu. Pro každou položku zaškrtněte ve sloupcích ten, který nejlépe vyjadřuje, jak jste se cítil(a) v průběhu posledního týdne.

Dodržujete-li dietu, u položek 5 a 7 odpovídejte jako kdybyste na dietě nebyl(a).

hrubý skór

SDS index

JMÉNO: \_\_\_\_\_

VĚK: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_

Následující výpovědi popište vnímání bolesti přesněji.

Prosím zadejte u každé výpovědi do jaké míry vnímání (pocit) bolesti souhlasí.

### KRÁTKÁ FORMA DOTAZNÍKU MOGILLOVY UNIVERZITY

<b>Bolest</b>	<b>žádná</b>	<b>mírná</b>	<b>středně silná</b>	<b>silná</b>
1. Škubavá, bušivá	0	1	2	3
2. Vystřelující	0	1	2	3
3. Bodavá	0	1	2	3
4. Ostrá	0	1	2	3
5. Křečovitá	0	1	2	3
6. Hlodavá	0	1	2	3
(jako zakousnutí)				
7. Pálivá, palčivá	0	1	2	3
8. Tupá přetrvávající				
(bolavé, rozbolavělé)	0	1	2	3
9. Tíživá (těžká)	0	1	2	3
10. Citlivé (bolestivé	0	1	2	3
na dotek)				
11. jako by mělo	0	1	2	3
prasknout (puknout)				
12. Únavná - vysilující	0	1	2	3
13. Protivná	0	1	2	3
14. Strašná	0	1	2	3
15. Mučivá - krutá	0	1	2	3

Intenzita současné bolesti (PPI)

- 0 ..... žádná bolest  
1 ..... mírná  
2 ..... středně silná  
3 ..... silná  
4 ..... krutá  
5 ..... nesnesitelná

VAS 0 10  
žádná bolest |-----| nejsilnější možná bolest

Cítíte bolest spíše uvnitř nebo na tělesném povrchu?

- uvnitř  
 povrchně (např. kůže ...)  
 mimo tělo (např. fantómová bolest)

Uveďte prosím, jak silná bolest by pro Vás byla snesitelná při úspěšné léčbě.

žádná bolest |-----| nejsilněji představitelná bolest  
0 10

Byl(a) jste hospitalizován(a) pro tuto bolest?

(kdy, kde a jak dlouho, s jakými výsledky, prosíme donést propouštěcí zprávu z nemocnice)

.....

.....

.....

.....

Byl(a) jste operován(a) pro tuto bolest?

(kdy, kde, kým)

.....

.....

.....

.....

Jakou léčbu jste absolvoval(a) v rámci této bolesti?

(metody, léky, výsledky, efekt)

.....

.....

.....

.....

Jak se léčíte nyní?

(názvy a dávky léků, eventuelně jiný způsob léčby, s jakými výsledky a efekty)

.....

.....

.....

.....

Vypište ostatní zdravotní problémy (dříve i nyní):

(i ty, které nemají souvislost s Vašimi nynějšími obtížemi)

.....

.....

.....

.....