

Funkční hodnotící index

Dotazník na bolest a funkční poruchu k posouzení, jak bolest ovlivňuje denní činnosti

Informace o klientovi

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Pokyny

Funkční hodnotící index

Za prosím ohodnoťte, do jaké míry vaše bolest interferuje s následujícími denními činnostmi. Vyberte možnost, která nejlépe popisuje vaši současnou funkční úroveň pro každou činnost.

Intenzita bolesti

Ohodnoťte celkovou intenzitu vaší bolesti *

- ☐ Bez bolesti
- ☐ Slabá — příležitostná, nevyžaduje léčiva
- ☐ Mírná — časté, vyžaduje příležitostná léčiva
- ☐ Těžká — časté, vyžaduje pravidelná léčiva
- ☐ Velmi těžká — trvalá, léčiva poskytují omezenou úlevu

Spánek

Do jaké míry bolest narušuje váš spánek? *

- ☐ Žádné potíže se spánkem
- ☐ Mírné obtíže, spánek je často narušován
- ☐ Vůbec nemohu spát kvůli bolesti
- ☐ Lehké obtíže, občas ztrácím spánek
- ☐ Velké obtíže, spím méně než 4 hodiny za noc

Osobní péče

Do jaké míry bolest narušuje osobní péči (mytí, oblékání)? *

- ☐ Žádné potíže s osobní péčí
- ☐ Mírné obtíže, pomalý a opatrný přístup k úkolům
- ☐ Zcela závislý na druhých pro osobní péči
- ☐ Lehké obtíže, mohu si poradit sám
- ☐ Potřebuji nějakou pomoc s denní péčí

Cestování a přeprava

Do jaké míry bolest narušuje cestování (řízení, jízda)? *

- ☐ Žádné potíže s cestováním
- ☐ Lehký diskomfort během delších cest
- ☐ Mírné obtíže, omezují cestování na kratší vzdálenosti
- ☐ Mohu cestovat pouze na krátké vzdálenosti se značnou bolestí
- ☐ Nemohu cestovat kvůli bolesti

Práce a denní činnosti

Do jaké míry bolest narušuje vaši práci nebo denní činnosti? *

- ☐ Žádný vliv na práci/činnosti
- ☐ Mohu vykonávat běžnou práci s nějakou dodatečnou bolestí
- ☐ Mohu vykonávat většinu práce, ale jsem omezen v těžších úkolech
- ☐ Mohu vykonávat pouze lehké povinnosti
- ☐ Nemohu pracovat ani vykonávat denní činnosti

Rekreace a sociální aktivity

Do jaké míry bolest narušuje rekreaci a sociální aktivity? *

- ☐ Žádný vliv
- ☐ Mírné omezení, mohu dělat některé činnosti
- ☐ Nemohu se účastnit žádných rekreačních aktivit
- ☐ Lehké omezení na více energetické činnosti
- ☐ Vážné omezení, velmi málo činností je možné

Zvedání a ohýbání

Do jaké míry bolest narušuje zvedání nebo ohýbání? *

- ☐ Mohu zvedat a ohýbat se bez další bolesti
- ☐ Mohu zvedat a ohýbat se s nějakou dodatečnou bolestí
- ☐ Bolest brání zvedání těžkých předmětů ze země
- ☐ Bolest brání zvedání čehokoli kromě lehkých předmětů
- ☐ Vůbec nemohu zvedat ani se ohýbat

Další poznámky

Je něco dalšího, co byste chtěl, aby váš poskytovatel věděl o tom, jak bolest ovlivňuje vaši denní život?

Souhlas a podpis

Potvrzuji, že výše uvedené odpovědi přesně odrážejí mou současnou úroveň bolesti a funkční omezení.

Potvrzuji, že jsem přečetl(a) a rozumím výše uvedeným informacím a dávám svůj informovaný souhlas.

Přečetl(a) jsem a rozumím výše uvedeným informacím: _____

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.