

Wskaźnik Funkcjonalny

Kwestionariusz bólu i zakłóceń funkcjonalnych w celu oceny wpływu bólu na codzienne czynności

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Instrukcje

Wskaźnik Funkcjonalny

Proszę ocenić, w jakim stopniu Twój ból wpływa na następujące codzienne czynności. Wybierz opcję, która najlepiej opisuje Twój obecny poziom funkcjonowania dla każdej czynności.

Intensywność bólu

Oceń ogólną intensywność bólu *

- ☐ Brak bólu
- ☐ Łagodny — okazjonalny, nie wymaga leków
- ☐ Umiarkowany — częsty, wymaga okazjonalnego zażywania leków
- ☐ Silny — częsty, wymaga regularnego zażywania leków
- ☐ Bardzo silny — ciągły, leki przynoszą ograniczoną ulgę

Sen

W jakim stopniu ból wpływa na Twój sen? *

- ☐ Brak trudności ze snem
- ☐ Lekkie trudności, okazjonalnie tracę sen
- ☐ Umiarkowane trudności, sen jest często zakłócony
- ☐ Poważne trudności, śpiam mniej niż 4 godziny na noc
- ☐ Nie mogę spać w ogóle z powodu bólu

Higiena osobista

W jakim stopniu ból wpływa na higienę osobistą (mycie, ubieranie)? *

- ☐ Brak trudności z higieną osobistą
- ☐ Lekkie trudności, mogę sobie radzić samodzielnie
- ☐ Umiarkowane trudności, wolno i ostrożnie wykonuję czynności
- ☐ Potrzebuję pomocy w codziennej opiece
- ☐ Całkowicie zależny od innych w kwestii higieny osobistej

Podróże i transport

W jakim stopniu ból wpływa na podróże (jazdę samochodem, podróżowanie)? *

- ☐ Brak trudności z podróżowaniem
- ☐ Lekki dyskomfort podczas dłuższych podróży
- ☐ Umiarkowane trudności, ograniczam podróże do krótszych dystansów
- ☐ Mogę podróżować tylko na krótkie dystanse z znacznym bólem
- ☐ Nie mogę podróżować z powodu bólu

Praca i codzienne czynności

W jakim stopniu ból wpływa na Twoją pracę lub codzienne czynności? *

- ☐ Brak wpływu na pracę/czynności
- ☐ Mogę wykonywać zwykłą pracę z dodatkowym bólem
- ☐ Mogę wykonywać większość pracy, ale ograniczony w cięższych zadaniach
- ☐ Mogę wykonywać tylko lekkie obowiązki
- ☐ Nie mogę pracować ani wykonywać codziennych czynności

Rekreacja i aktywności społeczne

W jakim stopniu ból wpływa na rekreację i aktywności społeczne? *

- ☐ Brak wpływu
- ☐ Lekkie ograniczenie bardziej energicznych czynności
- ☐ Umiarkowane ograniczenie, mogę wykonywać niektóre czynności
- ☐ Poważne ograniczenie, możliwe jest bardzo mało czynności
- ☐ Nie mogę uczestniczyć w żadnych aktywnościach rekreacyjnych

Podnoszenie i zginanie

W jakim stopniu ból wpływa na podnoszenie lub zginanie? *

- ☐ Mogę podnosić i zginać się bez dodatkowego bólu
- ☐ Mogę podnosić i zginać się z dodatkowym bólem
- ☐ Ból uniemożliwia mi podnoszenie ciężkich przedmiotów z podłogi
- ☐ Ból uniemożliwia mi podnoszenie czegokolwiek poza lekkimi przedmiotami
- ☐ Nie mogę w ogóle podnosić ani zginać

Uwagi dodatkowe

Czy jest coś jeszcze, co chciałbyś, aby Twój lekarz wiedział o wpływie bólu na Twoją codzienną rutynę?

Zgoda i podpis

Potwierdzam, że powyższe odpowiedzi dokładnie odzwierciedlają moje obecne poziomy bólu i ograniczenia funkcjonalne.

Potwierdzam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje i wyrażam świadomą zgodę.

Przeczytałem i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twój klient podpisuje na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.