

# Indice de Evaluare Funcțională

Chestionar despre durere și interferență funcțională pentru a evalua cum durerea afectează activitățile zilnice

## Informații despre Client

Prenume \*

Nume \*

Adresă de E-mail \*

Număr de Telefon \*

Data Nașterii \*

ZZ / LL / AAAA

## Instrucțiuni

Indice de Evaluare Funcțională

Vă rugăm să evaluați cât de mult durerea dvs. interferează cu următoarele activități zilnice. Selectați opțiunea care descrie cel mai bine nivelul dvs. funcțional curent pentru fiecare activitate.

## Intensitatea Durerii

Evaluați intensitatea globală a durerii dvs. \*

- ☐ Fără durere
- ☐ Ușoară — ocazional, nu necesită medicamente
- ☐ Moderată — frecventă, necesită medicamente ocazionale
- ☐ Severă — frecventă, necesită medicamente regulate
- ☐ Foarte severă — constantă, medicamentele oferă ușurare limitată

## Somn

Cât de mult durerea dvs. interferează cu somnul? \*

- ☐ Fără dificultate la somn
- ☐ Dificultate ușoară, ocazional pierd somnul
- ☐ Dificultate moderată, somnul este frecvent deranjat
- ☐ Dificultate mare, dorm mai puțin de 4 ore pe noapte
- ☐ Nu pot dormi deloc din cauza durerii

## Îngrijire Personală

Cât de mult durerea dvs. interferează cu îngrijirea personală (spălare, îmbrăcare)? \*

- ☐ Fără dificultate cu îngrijirea personală
- ☐ Dificultate ușoară, pot gestiona independent
- ☐ Dificultate moderată, lent și prudent cu sarcinile
- ☐ Am nevoie de ajutor cu îngrijirea zilnică
- ☐ Complet dependent de alții pentru îngrijirea personală

## Călătorii și Transport

Cât de mult durerea dvs. interferează cu călătoriile (conducere, călătorie)? \*

- ☐ Fără dificultate cu călătoriile
- ☐ Disconfort ușor în timpul călătoriilor mai lungi
- ☐ Dificultate moderată, limitează călătoriile la distanțe mai scurte
- ☐ Pot călători doar pe distanțe scurte cu durere semnificativă
- ☐ Nu pot călători din cauza durerii

## Muncă și Activități Zilnice

Cât de mult durerea dvs. interferează cu munca dvs. sau activitățile zilnice? \*

- ☐ Fără interferență cu munca/activitățile
- ☐ Pot face munca obișnuită cu puțină durere suplimentară
- ☐ Pot face cea mai mare parte din muncă, dar limitat în sarcinile mai grele
- ☐ Pot doar efectua sarcini ușoare
- ☐ Nu pot lucra sau efectua activități zilnice

## Recreație și Activități Sociale

Cât de mult durerea dvs. interferează cu recreația și activitățile sociale? \*

- ☐ Fără interferență
- ☐ Limitare ușoară a activităților mai energice
- ☐ Limitare moderată, pot face unele activități
- ☐ Limitare severă, foarte puține activități posibile
- ☐ Nu pot participa la nicio activitate recreativă

## Ridicare și Plecări

Cât de mult durerea dvs. interferează cu ridicarea sau plecarea? \*

- ☐ Pot ridica și pleca fără durere suplimentară
- ☐ Pot ridica și pleca cu puțină durere suplimentară
- ☐ Durerea împiedică ridicarea obiectelor grele de pe sol
- ☐ Durerea împiedică ridicarea a oricărui lucru dincolo de obiecte ușoare
- ☐ Nu pot ridica sau pleca deloc

## Comentarii Suplimentare

Este ceva altceva pe care ați dori ca furnizorul dvs. să știe despre cum durerea vă afectează viața zilnică?

## Consimțământ și Semnătură

Confirm că răspunsurile de mai sus reflectă cu exactitate nivelurile mele actuale de durere și limitările funcționale.

Confirm că am citit și înțeles informațiile de mai sus și dau consimțământul meu informat.

Am citit și înțeles informațiile de mai sus: \_\_\_\_\_

Semnătură

Data

Nume (tip)

Data \*

ZZ / LL / AAAA

### Acest formular a fost oferit gratuit de Consentify

Consentify transformă formulare ca aceasta în consimțământ digital pe care clienții tăi îl semnează pe propriul lor telefon prin cod QR — cu PDF-uri automate, flaguri de contraindicații și stocare criptată. Plan gratuit disponibil la <https://getconsentify.com>.

Doar șablon. Revizuiți cu propriul dvs. profesionist cu licență sau consilier juridic înainte de utilizare; cerințele variază în funcție de jurisdicție și de practică.