

Funktionell bedömningsindex

Frågeformulär om smärta och funktionell påverkan för att bedöma hur smärtan påverkar dagliga aktiviteter

Klientinformation

Förnamn *

Efternamn *

E-postadress *

Telefonnummer *

Födelsedatum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Instruktioner

Funktionell bedömningsindex

Vänligen bedöm hur mycket din smärta påverkar följande dagliga aktiviteter. Välj det alternativ som bäst beskriver din nuvarande funktionsnivå för varje aktivitet.

Smärtintensitet

Bedöm din övergripande smärtintensitet *

- ☐ Ingen smärta
- ☐ Mild — tillfällig, kräver ingen medicin
- ☐ Måttlig — ofta förekommande, kräver ibland medicin
- ☐ Svår — ofta förekommande, kräver regelbunden medicin
- ☐ Mycket svår — konstant, medicin ger begränsat lättnad

Sömn

Hur mycket påverkar smärtan din sömn? *

- ☐ Ingen sömnsvärighet
- ☐ Liten svårighet, förlorar ibland sömn
- ☐ Måttlig svårighet, sömnstörningar är ofta förekommande
- ☐ Stor svårighet, sover mindre än 4 timmar per natt
- ☐ Kan inte sova alls på grund av smärta

Personlig vård

Hur mycket påverkar smärtan din personliga vård (tvätt, klädning)? *

- ☐ Ingen svårighet med personlig vård
- ☐ Liten svårighet, kan sköta sig själv
- ☐ Måttlig svårighet, långsam och försiktig med uppgifter
- ☐ Behöver hjälp med daglig vård
- ☐ Helt beroende av andra för personlig vård

Resor och transport

Hur mycket påverkar smärtan dina resor (körning, åkning)? *

- ☐ Ingen svårighet med resor
- ☐ Liten obehag under längre resor
- ☐ Måttlig svårighet, begränsar resor till kortare sträckor
- ☐ Kan bara resa korta sträckor med betydande smärta
- ☐ Kan inte resa på grund av smärta

Arbete och dagliga aktiviteter

Hur mycket påverkar smärtan ditt arbete eller dina dagliga aktiviteter? *

- ☐ Ingen påverkan på arbete/aktiviteter
- ☐ Kan utföra normalt arbete med viss extra smärta
- ☐ Kan utföra det mesta av arbetet, men begränsad i tyngre uppgifter
- ☐ Kan bara utföra lätta uppgifter
- ☐ Kan inte arbeta eller utföra dagliga aktiviteter

Recreation och sociala aktiviteter

Hur mycket påverkar smärtan fritids- och sociala aktiviteter? *

- ☐ Ingen påverkan
- ☐ Liten begränsning på mer energiska aktiviteter
- ☐ Måttlig begränsning, kan utföra vissa aktiviteter
- ☐ Svår begränsning, mycket få aktiviteter möjliga
- ☐ Kan inte delta i några fritidsaktiviteter

Lyfta och böja

Hur mycket påverkar smärtan din förmåga att lyfta eller böja? *

- ☐ Kan lyfta och böja utan extra smärta
- ☐ Kan lyfta och böja med viss extra smärta
- ☐ Smärta förhindrar lyftande av tunga föremål från golvet
- ☐ Smärta förhindrar lyftande av något utöver lätta föremål
- ☐ Kan inte lyfta eller böja alls

Ytterligare kommentarer

Finns det något annat du gärna vill att din vårdgivare ska veta om hur smärtan påverkar din dagliga liv?

Samtycke och underskrift

Jag bekräftar att svaren ovan korrekt återspeglar min nuvarande smärtnivå och funktionella begränsningar.

Jag bekräftar att jag har läst och förstår informationen ovan och ger mitt informerade samtycke.

Jag har läst och förstår informationen ovan: _____

Underskrift

Datum

Namn i tryckbokstäver

Datum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Denna blankett tillhandahålls kostnadsfritt av Consentify

Consentify omvandlar blanketter som denna till digitalt samtycke som dina klienter signerar på sin egen telefon via QR-kod — med automatiska PDF-filer, kontraindikationsflaggor och krypterad lagring. Gratis plan tillgänglig på <https://getconsentify.com>.

Mall endast. Granska tillsammans med din egen licensierad yrkesperson eller juridisk rådgivare innan användning; kraven varierar beroende på jurisdiktion och verksamhet.