



**Algeziologický dotazník
k úvodnímu vyšetření
pacienta na pracovišti
léčby bolesti**

Vyplněný dotazník, prosím přineste v den Vašeho objednání.

Jste objednána dne: , v hodin

Vezměte si s sebou:

- průkaz pojištěnce
- občanský průkaz
- doporučení od lékaře
- dosavadní nálezy, týkající se Vašeho onemocnění,
nebo jejich kopie

Děkujeme

Vaše pracoviště pro léčbu bolesti

Vážená paní,

Jste objednána 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, MRI ...)

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

Děkujeme za spolupráci

Vaše pracoviště pro léčbu bolesti



Dotazník sledování bolesti

1) Od kdy pociťujete obtíže spojené s touto bolestí?

.....
.....
.....

2) V následku jaké události vznikla bolest?

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

.....
.....
.....

3) Kdy Vás to nejvíce bolí? (při jaké činnosti)

- při kterém pohybu

- při které poloze

- při které činnosti

4) Co a kde Vás to nejvíce bolí?

(použijte mapku a zakreslete ev. využijte barev k vyplnění)

5) Jak Vás to bolí?

(charakter bolesti - bolest šubavá, vystřelující, bodavá, ostrá, křečovitá,

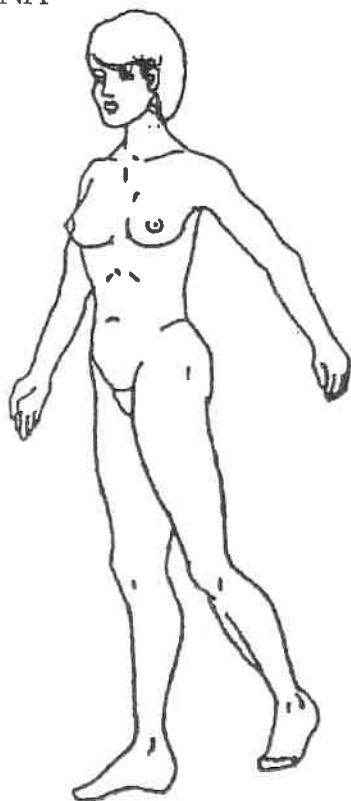
hlodavá - jako zakousnutí, pálivá, palčivá, tlaková, napínavá, eventuelně

doplňte další kvality)

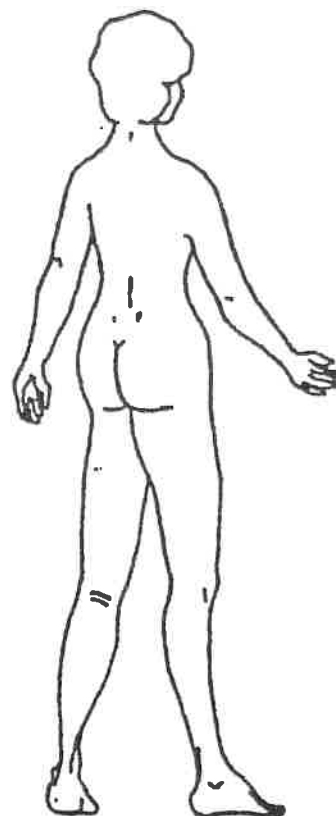
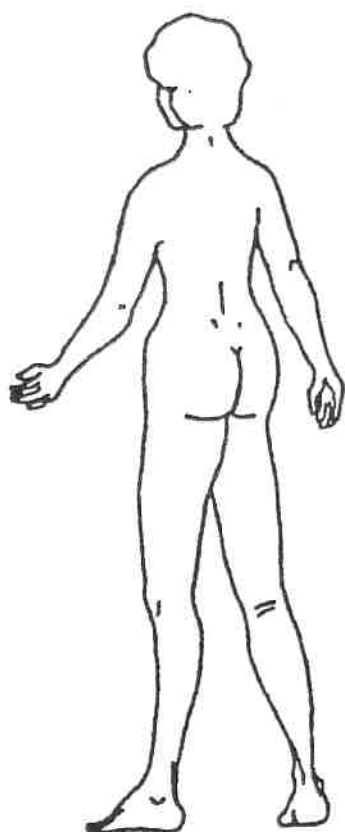
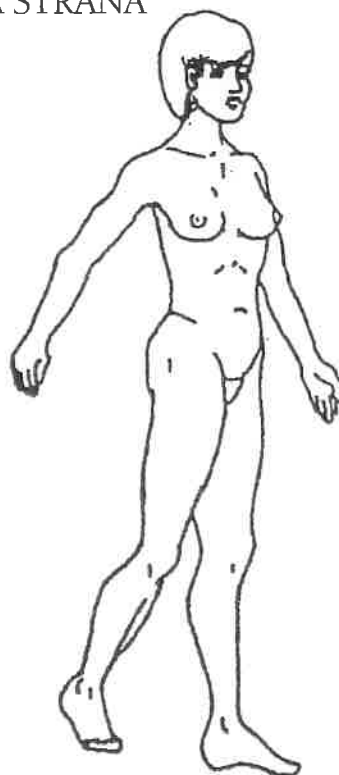
.....
.....

Zakreslete na schéma (v případě potřeby použijte barev), kde se nachází vaše bolest.

LEVÁ STRANA



PRAVÁ STRANA



- 6) Intenzita bolesti: 0 - žádná bolest
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

7) Která vyšetření jste prodělala v rámci této bolesti?

(upřesněte výsledky vyšetření a léčení, doneste výsledky)

.....
.....

8) Které odborné lékaře jste navštívila v rámci léčení své nynější bolesti?

(s jakými výsledky, doneste prosím zprávu od ošetřujícího lékaře)

.....
.....

9) Byla jste hospitalizována pro tuto bolest?

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

.....

.....

10) Byla jste operována pro tuto bolest?

(kdy, kde, kým).

.....

.....

11) Jakou léčbu jste absolvovala v rámci této bolesti?

(metody, léky, výsledky, efekt).

.....

.....

12) Jak se léčíte nyní?

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

.....

.....

.....

.....

13) Vypište ostatní zdravotní problémy (dříve i nyní)!

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

.....

.....

Sociální dotazník

Vaše zaměstnání: (zaškrtněte ev. doplňte)

- plný pracovní úvazek
- částečný pracovní úvazek
- kombinace obou
-

Přerušení zaměstnání (důvody)

.....
.....

Pracovní úraz (datum, kdy, kde)

.....
.....

Dlouhodobě nemocná (od kdy, jak dlouho)

.....
.....

Nezaměstnaná (od kdy, jak dlouho)

.....
.....

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

.....
.....

Důchod (od kdy)

.....
.....

Jiné

.....
.....

V případě, že nebudu moci vykonávat nějakou dobu svou práci

(odpovězte ano či ne)

a) uvažovala jste o rekvalifikaci a změně zaměstnání?

b) chcete pracovat ve stejném zaměstnání a postavení?

c) počítáte s možností omezení své pracovní aktivity eventuelně
s invalidním důchodem?

d) máte obtíže s úřady vzhledem ke svému zdravotnímu stavu?

(např. s posudkovým lékařem ... Jestliže ano, tak specifikujte)

.....
.....

Zaměstnání Vašeho partnera - vypište

Stručně popište zdravotní problémy Vašeho partnera, ev. dětí a ostatních členů, které
žijí s Vámi ve společné domácnosti!

(průběh dětství, těhotenství, nemoci, úrazy, operace, úmrtí, příčina smrti)

• partner

• děti

• sourozenci

• rodiče

Vaše poznámky: