

Fájdalomterápiás kérdőív

Annak érdekében, hogy a lehető legjobban tudjunk Önnek segíteni, kérjük, hogy az alábbi kérdőívet legjobb tudása szerint töltse ki, majd juttassa el Fájdalom Ambulanciánknak. Javasoljuk, hogy egy példányát a háziorvosával is ossza meg.

A kérdőív kitöltése segít a személyre szabott kezelési terv elkészítésében, ezáltal az Ön előjegyzési időpontjainak megtervezésében.

A kitöltött kérdőív egy másolatát kérjük e-mailben vagy postán alábbi elérhetőségeink valamelyikére elküldeni szíveskedjék:

Email: fajdalomterapia@sopronigyogykozpont.hu

Postacím: Soproni Gyógyközpont, Fájdalom Ambulancia
9400 Sopron, Győri út 15.

Páciens neve:

Születési idő:

TAJ:

Telefon:

Dátum:

Fájdalomterápiás kérdőív

1. Mi a legfőbb oka annak, hogy felkereste Ambulanciánkat?

2. Milyen ellátást vár a Klinikán tett látogatásától?

- | | |
|---|--|
| ☐ Konzultáció (tanácsok Önnek és a házi orvosának) | ☐ Relaxációs terápia |
| ☐ Életmódi tanácsok | ☐ Biofeedback |
| ☐ Stressz kezelés | ☐ Injekciók/Ideg blokád |
| ☐ Fizikoterápia | ☐ Elektromos stimuláció (TENS) |
| ☐ Gyógyszeres terápia | ☐ Gerincvelő stimuláció |
| ☐ Akupunktúra | ☐ Gyógyszeradagoló pumpa beültetése |
| ☐ Műtéti beavatkozás | ☐ Egyéb: |

3. Mikor kezdődött a fájdalma?

4. Hogyan kezdődött a fájdalma?

- | | |
|---|--|
| ☐ Munkahelyi baleset | ☐ Sport sérülés |
| ☐ Otthoni baleset | ☐ Betegség után |
| ☐ Műtétet követően | ☐ Nem ismert |
| ☐ Autóbaleset | ☐ Egyéb: |

5. A fájdalmam:

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Állandó | ☐ Szúró |
| ☐ Időszakos | ☐ Égő |
| ☐ Éles | ☐ Lüktető |
| ☐ Tompa | ☐ Nyilalló |
| ☐ Sajgó | |

6. A fájdalmam általában ... a legrosszabb:

- | | |
|----------------------------------|--|
| ☐ Reggel | ☐ Este |
| ☐ Délután | ☐ Nincs tipikus minta |

7. Mi okozza a fájdalmát

- | | |
|---|--|
| ☐ Hátra hajlás | ☐ Lépcsőzés |
| ☐ Előre hajlás | ☐ Fizikai aktivitás |
| ☐ Köhögés/Tüsszentés | ☐ Szexuális együttlét |
| ☐ Emelés | ☐ Séta |
| ☐ Állás | ☐ Hideg |
| ☐ Vezetés | ☐ Meleg |
| ☐ Finom érintés | ☐ Ülés |
| ☐ Stressz | ☐ Munka |

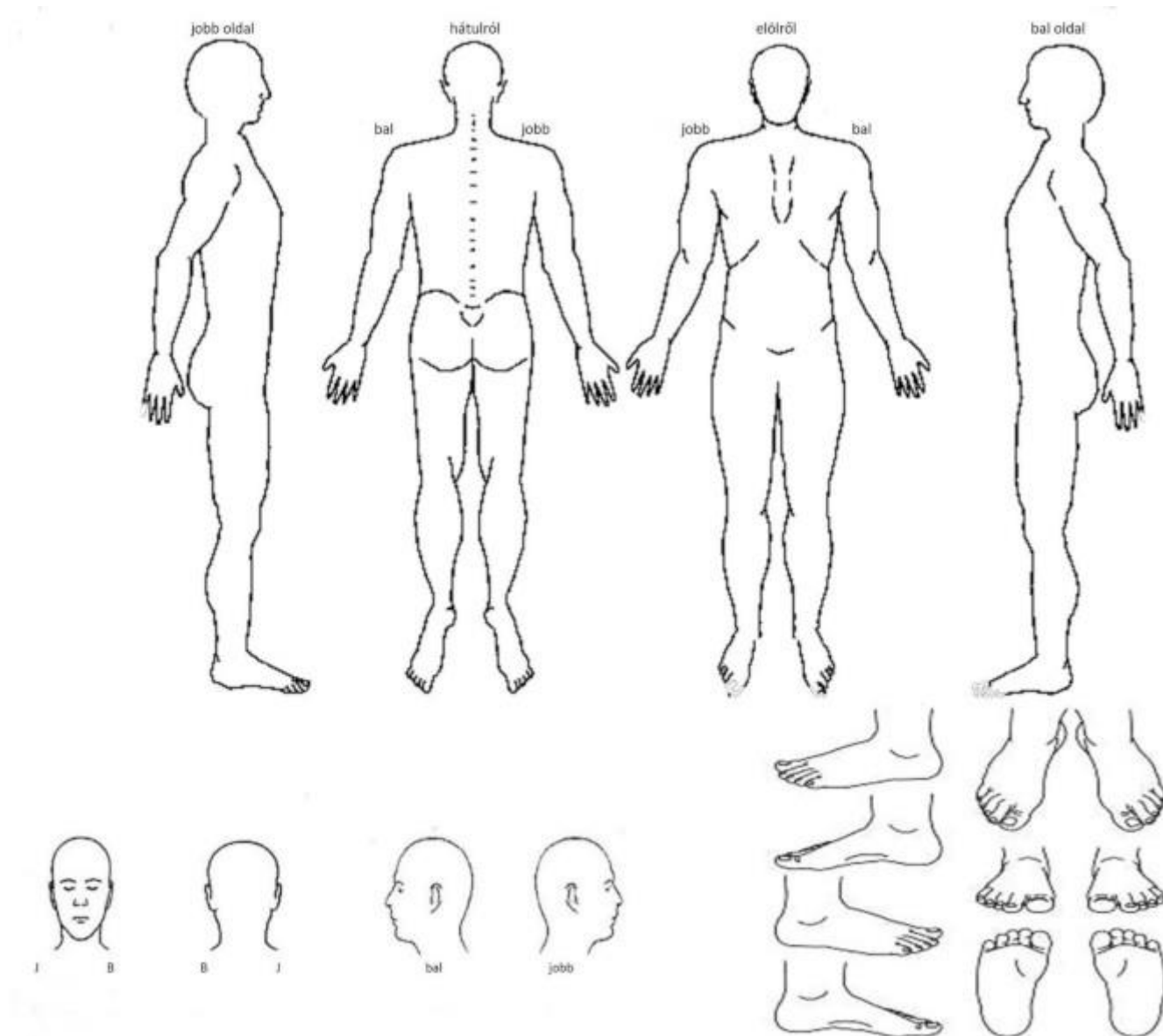
8. Mi enyhíti a fájdalmát?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Fürdő/Zuhany | ☐ Meditáció |
| ☐ Fekvés | ☐ Állás |
| ☐ Relaxáció | ☐ Hideg |

- ☐ Torna
- ☐ Gyógyszerek
- ☐ Ülés
- ☐ Meleg

- ☐ Fizikoterápia
- ☐ Séta
- ☐ Egyéb

9. Kérjük, jelölje „X”-szel a fájdalom helyét:



10. Kérjük, rangsorolja 1-től 10-ig a fájdalmas területeket. A 10 a legfájdalmasabb:

- ____ Fej, arc és száj
- ____ Nyak
- ____ Vállak
- ____ Hát
- ____ Has

- ____ Lábak
- ____ Derék, farkcsont
- ____ Végbél táji terület, nemi szervek
- ____ Medence
- ____ Karok

11. Határozza meg egy 1-től (nem zavaró) 10-ig (nagyon zavaró) terjedő skálán, hogy a fájdalom mennyire zavarta az alábbi tevékenységekben az elmúlt 24 órában:

- Általános tevékenység
- Hangulat
- Séta
- Munka
- Otthoni feladatok

- Szociális kapcsolatok
- Életkedv
- Szexuális együttlét
- Alvás

12. Kezelték már Önt másik Fájdalom Ambulancián?

- ☐ Igen; Hol? / Mikor? _____
- ☐ Nem

13. Az elmúlt 12 hónapban hányszor járt a fájdalma miatt sürgősségi osztályon?

14. Kérjük, jelölje meg, hogy eddig milyen kezelésekben részesül és milyen eredménnyel:

Fájdalomterápiák	Befejezve	Nem lett befejezve	Csökkent a fájdalom	Nőtt a fájdalom	Nem változott a fájdalom	Megjegyzések
Gyógyszerek						
Méregtelenítés						
Műtéti beavatkozás						
Epidurális szteroid injekciók						
Csigolya kiszűleti injekció						
Trigger Pont injekció						
Idegbloká						
Gerincvelő stimuláció						
Gyógyszer pumpa						
Sugárkezelés						
Fizikoterápia						
Torna gyakorlatok						
Manuálterápia						
Trakciós kezelés						
Passzív (meleg, jég, gyengéd masszáz, ultrahang)						
Gyógyfürdő kezelés						
Foglalkozás terápia						
Ortézisek (pl.: cipőbetét)						
Rögzítők, hevederek						
Elektromos stimulációk (TENS)						
Jóga						
Hipnózis						
Csoportterápia						
Pszichológia tanácsadás						

15. Milyen vizsgálatokat végeztek már el a fájdalma kivizsgálása kapcsán?

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------|--|--------------|
| ☐ Röntgen | Dátum: _____ | ☐ Csontizotóp vizsgálat | Dátum: _____ |
| ☐ CT vizsgálat | Dátum: _____ | ☐ EMG/NCV | Dátum: _____ |
| ☐ Myelogram | Dátum: _____ | ☐ EKG | Dátum: _____ |
| ☐ MRI | Dátum: _____ | ☐ Egyéb: _____ | Dátum: _____ |

16. Kérjük jelölje be a megfelelőt:

Általános állapot:	Bőr:	Látás:	Légzés:
☐ Láz	☐ Kiütés	☐ Homályos látás	☐ Köhögés
☐ Hidegrázás	☐ Viszketés	☐ Kettőslátás	☐ Véres köpet
☐ Fogyás	☐ Köröm elváltozás	☐ Fényérzékenység	☐ Köpettermelés
☐ Kimerültség	☐ Bőrbetegség	☐ Fájdalom	☐ Légszomj
☐ Izzadás	☐ Egyik sem	☐ Könnyezés	☐ Zihálás
☐ Gyengeség	Szív és érrendszer:	☐ Kivörösödés	☐ Asztma
☐ Egyik sem	☐ Mellkasi fájdalom	☐ Egyik sem	☐ Alvási apnoe
Gyomor- bélrendszer:	☐ Heves szívdobogás érzet	Neurológia:	☐ Egyik sem
☐ Gyomorégés	☐ Séta közben meg kell állni	☐ Szédülés	Mozgatószervrendszer:
☐ Hányinger	☐ Lábdagadás	☐ Zsibbadás	☐ Izomfájdalom
☐ Hányás	☐ Magas vérnyomás	☐ Remegés	☐ Nyak fájdalom
☐ Hasi fájdalom	☐ Éjszakai nehéz légzés	☐ Érzékszervi változás	☐ Hát fájdalom
☐ Hasmenés	☐ Egyik sem	☐ Beszéd nehezítettség	☐ Ízületi fájdalom

☐ Székrekedés	Vizeletkiválasztó rendszer:	☐ Fokális gyengeség	☐ Esések
☐ Véres széklet	☐ Fájdalmas vizelés	☐ Rohamok	☐ Törések
☐ Szurokszéklet	☐ Sűrűtő vizelési inger	☐ Eszméletvesztés	☐ Gerincsérv
☐ Egyik sem	☐ Gyakori vizelés	☐ Egyik sem	☐ Egyik sem
Endokrinológia/Vér/Allergia:	☐ Véres vizelet	Fül-orr-gége:	Pszichiátria:
☐ Könnyen sérül/ vérzik	☐ Lágyék fájdalom	☐ Fejfájás	☐ Depresszió
☐ Allergiák	☐ Vizelet inkontinencia	☐ Hallás romlás	☐ Öngyilkos gondolatok
☐ Gyakori vizelés	☐ Egyik sem	☐ Fülcsengés	☐ Szerhasználat
☐ Cukorbetegség		☐ Fülfájás	☐ Hallucinációk
☐ Pajzsmirigy betegség		☐ Fül váladékozás	☐ Idegesség/Szorongás
☐ Alvadási zavar		☐ Orrvérzés	☐ Álmatlanság
☐ Egyik sem		☐ Orrdugulás	☐ Memóriazavar
		☐ Torokfájás	☐ Egyik sem
		☐ Egyik sem	

17.Átlagosan hány órát alszik éjszaka?

18.Nyugodt az alvása?

☐ Igen
☐ Nem

19.Kérjük, jelölje be az alábbi szerek használatát:

Szer	Jelenleg fogyasztó	Korábban használta	Soha nem próbálta	Megjegyzések
Marihuána				
Kokain				
Metamfetamin				
Heroin				
Más				

20.Mi jellemzi legjobban az Ön munkáját?

☐ Teljes állás	☐ Rokkantanypdíjas
☐ Részmunkaidó	☐ Betegállományban van
☐ Nyugdíjas	☐ Otthonról dolgozik
☐ A fájdalom miatt nem dolgozik	☐ Egyéb:

21. Rendszeresen szedett gyógyszerek:

22. Testsúly:
Testmagasság: