

Dátum: _____ Beteg: **Vezetéknév:** _____ **Keresztnév:** _____

Hogyan értékelné a fájdalmát, amelyet **most**, ebben a pillanatban érez?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nincs fájdalom legerősebb fájdalom
Milyen erős volt a **legerősebb** fájdalom, amit az elmúlt 4 hétben érzett?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nincs fájdalom legerősebb fájdalom
Milyen erős fájdalmat érzett **átlagosan** az elmúlt 4 hétben?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nincs fájdalom legerősebb fájdalom

Jelölje meg azt az ábrát, amely az Ön fájdalmának lefolyására a legjellemzőbb!



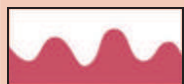
Állandó fájdalom kisebb ingadozásokkal



Állandó fájdalom fájdalomrohamokkal



Fájdalomrohamok fájdalommentes szünetekkel



Gyakori fájdalomrohamok, amelyek közt érez fájdalmat

Kérjük, jelölje be az Ön által érzett fájdalom fő területét!



Az Ön által érzett fájdalom kisugárzik testének más tájékaira is? igen nem
Ha igen, kérjük, jelölje be egy nyíllal, hogy mely irányba sugárzik a fájdalom!

A megjelölt testtájon tapasztal égető érzést (pl. mintha csalán csípte volna meg)?

egyáltalán nem <input type="checkbox"/>	alig <input type="checkbox"/>	enyhén <input type="checkbox"/>	közepesen <input type="checkbox"/>	erősen <input type="checkbox"/>	nagyon erősen <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--

A fájdalmas területen tapasztal tűszúrászerű érzést vagy bizsergést (mintha hangyák másznának a bőrén) vagy enyhe áramütésszerű érzést)?

egyáltalán nem <input type="checkbox"/>	alig <input type="checkbox"/>	enyhén <input type="checkbox"/>	közepesen <input type="checkbox"/>	erősen <input type="checkbox"/>	nagyon erősen <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--

Ha ehhez a testtájhoz finoman hozzáér valami (pl. ruha, ágynemű), az fájdalmas?

egyáltalán nem <input type="checkbox"/>	alig <input type="checkbox"/>	enyhén <input type="checkbox"/>	közepesen <input type="checkbox"/>	erősen <input type="checkbox"/>	nagyon erősen <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--

A fájdalmas területen tapasztal hirtelen hasogató fájdalmat, mint pl. egy áramütés?

egyáltalán nem <input type="checkbox"/>	alig <input type="checkbox"/>	enyhén <input type="checkbox"/>	közepesen <input type="checkbox"/>	erősen <input type="checkbox"/>	nagyon erősen <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--

Ha hideg vagy meleg (pl. fürdővíz) éri ezt a területet, az okoz néha fájdalmat?

egyáltalán nem <input type="checkbox"/>	alig <input type="checkbox"/>	enyhén <input type="checkbox"/>	közepesen <input type="checkbox"/>	erősen <input type="checkbox"/>	nagyon erősen <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--

Tapasztalja-e, hogy a megjelölt terület érzéketlenné válik?

egyáltalán nem <input type="checkbox"/>	alig <input type="checkbox"/>	enyhén <input type="checkbox"/>	közepesen <input type="checkbox"/>	erősen <input type="checkbox"/>	nagyon erősen <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--

Ha enyhe nyomás éri ezt a területet (pl. ujjal), az fájdalmat vált ki?

egyáltalán nem <input type="checkbox"/>	alig <input type="checkbox"/>	enyhén <input type="checkbox"/>	közepesen <input type="checkbox"/>	erősen <input type="checkbox"/>	nagyon erősen <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--

(Az orvos tölti ki!)

egyáltalán nem	alig	enyhén	közepesen	erősen	nagyon erősen
<input type="checkbox"/> x 0 = <input type="text" value="0"/>	<input type="checkbox"/> x 1 = <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> x 2 = <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> x 3 = <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> x 4 = <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> x 5 = <input type="text"/>

Összpontszám /35

Dátum: _____ Beteg: Vezetéknév: _____ Keresztnév: _____

Kérjük, írja ide a Fájdalomértékelő kérdőívben elért összpontszámot!

Összpontszám

Kérjük, adja össze az alábbi számokat a megjelölt fájdalommintáknak és a fájdalom kisugárzásának megfelelően, majd adja hozzá ezt a számot az összpontszámhoz!



Állandó fájdalom kisebb ingadozásokkal

0



Állandó fájdalom fájdalomrohamokkal

-1

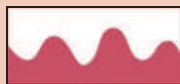
ha megjelölte, vagy



Fájdalomrohamok fájdalommentes szünetekkel

+1

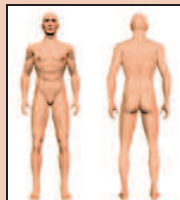
ha megjelölte, vagy



Gyakori fájdalomrohamok, amelyek közt érez fájdalmat

+1

ha megjelölte



Kisugárzó fájdalom?

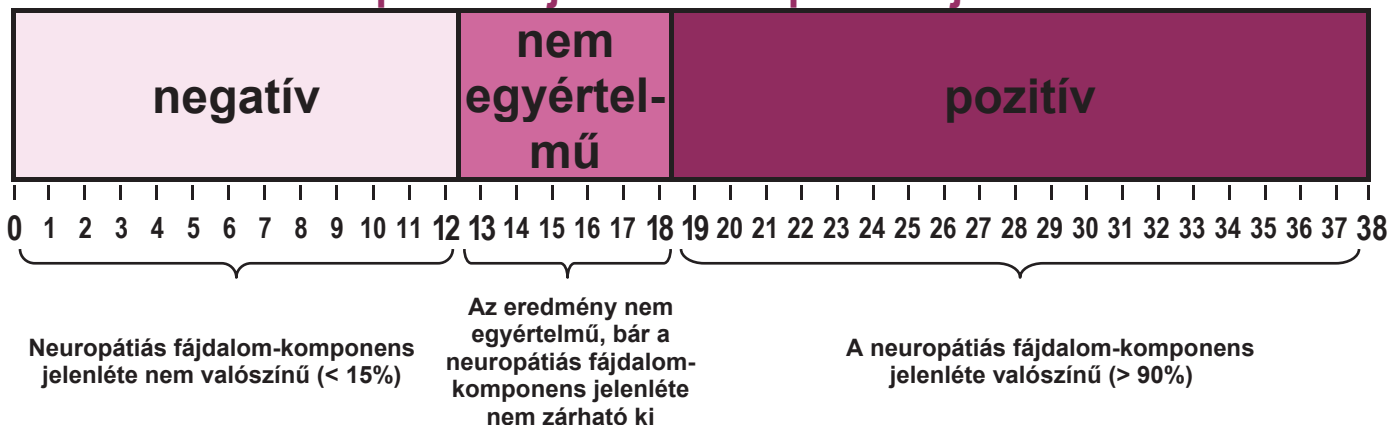
+2

ha igen

Végző pontszám

A szűrés eredménye

a neuropátiás fájdalom-komponens jelenlétéről



A kérdőív kitöltése nem helyettesíti az orvosi diagnózis felállítását!

A kérdőív a neuropátiás fájdalom-komponens jelenlétének szűrésére alkalmazható.

