

Formularz dla pacjentów z chorobą zapalną stawów - RAOS

Dzisiejsza data: ____/____/____ Data urodzenia: ____/____/____

Imię i nazwisko: _____

INSTRUKCJE: Poniższa ankieta ma na celu zapoznanie się z Pana/Pani opinią dotyczącą bioder, kolan i/lub kostek. Uzyskane informacje pomogą nam dowiedzieć się jak sprawnie jest Pan/Pani w stanie wykonywać codzienne czynności.

Prosimy odpowiedzieć na **wszystkie** pytania zaznaczając odpowiednie pole, tylko zaznaczając odpowiednie pole, tylko **jedno** w odpowiedzi na każde pytanie. Jeżeli nie jest Pan pewien/Pani pewna, którą opcję wybrać, prosimy o zaznaczenie odpowiedzi najbardziej zbliżonej do stanu faktycznego.

Objawy

Poniższe pytania dotyczą problemów z biodrem, kolanem lub kostką, które miał Pan / miała Pani w **zeszłym tygodniu**.

S1. Czy zauważył Pan/zauważyła Pani obrzęk w okolicy biodra, kolana lub kostki?

Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Cały czas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2. Czy odczuwał Pan/odczuwała Pani tarcie lub słyssał Pan/słyssała Pani strzykanie lub inne dźwięki podczas poruszania nogą w biodrze, kolanie lub kostce?

Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Cały czas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. Czy podczas ruchu biodro, kolano lub kostka blokują się?

Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Cały czas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S4. Czy może Pan/Pani w pełni wyprostować nogę w biodrze, kolanie lub kostce?

Cały czas	Zazwyczaj	Czasami	Rzadko	Nigdy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. Czy może Pan/Pani w pełni zgiąć nogę w biodrze, kolanie lub kostce?

Cały czas	Zazwyczaj	Czasami	Rzadko	Nigdy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sztywność

Poniższe pytania dotyczą stopnia sztywności odczuwanego w stawie biodrowym, kolanowym lub w kostce **w zeszłym tygodniu**. Przez „sztywność” rozumiemy odczucie ograniczenia lub spowolnienia ruchomości stawu biodrowego, kolanowego lub kostki.

S6. W jakim stopniu odczuwał Pan/odczuwała Pani sztywność stawu biodrowego, kolanowego lub kostki rano zaraz po przebudzeniu?

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S7. W jakim stopniu odczuwał Pan/odczuwała Pani sztywność stawu biodrowego, kolanowego lub kostki po przebywaniu w pozycji siedzącej, leżącej lub po odpoczynku **później w ciągu dnia**?

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ból

P1. Jak często odczuwa Pan/Pani ból w stawie biodrowym, kolanowym lub kostce?

Nigdy	Raz na miesiąc	Raz na tydzień	Codziennie	Zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W jakim stopniu odczuwał Pan/ Pani ból w stawie biodrowym, kolanowym lub kostce **w zeszłym tygodniu** podczas...

P2. Wykonywania ruchów skrętnych biodra, kolana lub kostki (np. taniec, gra w piłkę)

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Pełnego prostowania nogi w stawie biodrowym, kolanowym lub kostce?

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Pełnego zginania nogi w stawie biodrowym, kolanowym lub kostce?

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. Chodzenia po płaskiej powierzchni?

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. Wchodzenia lub schodzenia ze schodów?

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. Leżenia w łóżku w nocy?

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Siedzenia lub leżenia?

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Stania w pozycji wyprostowanej?

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sprawność fizyczna, życie codzienne

Poniższe pytania dotyczą sprawności fizycznej. Rozumiemy przez to zdolność poruszania się i samodzielne dbanie o siebie. Przy każdej z wymienionych czynności prosimy o wskazanie stopnia odczuwanej przez Pana/Panią **w zeszłym tygodniu** trudności w poruszaniu nogą w biodrze, kolanie lub kostce.

A1. Schodzenie po schodach

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Wchodzenie po schodach

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Przy każdej z wymienionych czynności, prosimy o wskazanie stopnia odczuwanej przez Pana/Panią **w zeszłym tygodniu** trudności w poruszaniu nogą w biodrze, kolanie lub kostce.

A3. Wstawanie z pozycji siedzącej

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4. Stanie

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Schyłanie się do podłogi/ podnoszenie przedmiotów z podłogi

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Chodzenie po płaskiej powierzchni

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Wsiadanie/ wysiadanie z samochodu

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. Robienie zakupów

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. Zakładanie skarpetek/rajstop

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. Wstawanie z łóżka

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11. Zdejmowanie skarpetek/rajstop

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12. Leżenie w łóżku (przekręcanie się na boki, utrzymywanie nóg w jednej pozycji)

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13. Wchodzenie/wychodzenie z wanny

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14. Siedzenie

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. Siadanie/wstawanie z toalety

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Przy każdej z wymienionych czynności, prosimy o wskazanie stopnia odczuwanej przez Pana/Panią **w zeszłym tygodniu** trudności w poruszaniu nogą w biodrze, kolanie lub kostce.

A16. Wykonywanie cięższych prac domowych (przenoszenie ciężkich pudeł, szorowanie podłogi, itd.)

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17. Wykonywanie lekkich prac domowych (gotowanie, ścieranie kurzu, itd.)

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sprawność fizyczna, sport i rekreacja

Poniższe pytania dotyczą sprawności fizycznej podczas aktywności o większym nasileniu.

Przy każdej z poniższych aktywności, prosimy o wskazanie w jakim stopniu odczuwał Pana/ odczuwała Pani **w zeszłym tygodniu** trudności w poruszaniu nogą w biodrze, kolanie lub kostce.

SP1. Robienie przysiadów

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP2. Bieganie

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP3. Skakanie

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP4. Wykonywanie ruchów skrętnych na chorej kończynie (taniec, gra w piłkę, itd.)

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP5. Klękanie

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jakość życia

Q1. Jak często dokucza Panu/Pani problem z biodrem, kolanem lub kostką?

Nigdy	Raz na miesiąc	Raz na tydzień	Codziennie	Stale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2. Czy zmienił Pan/zmieniła Pani swój styl życia, tak aby unikać czynności potencjalnie pogarszających stan nogi?

Nie	Trochę	Umiarkowanie	Bardzo	Całkowicie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3. W jakim stopniu niepokoi Pana/Panią, że nie może Pan/ Pani polegać na biodrze, kolanie lub kostce?

Wcale/Brak trudności	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie/Nie jestem w stanie wykonać
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4. Podsumowując, jak wiele trudności sprawiają Panu/Pani dolegliwości stawu biodrowego, kolanowego i kostki?

Wcale	Niewiele	Umiarkowanie dużo	Dużo	Bardzo dużo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bardzo dziękujemy za odpowiedź na wszystkie pytania zawarte w ankiecie