

ANKIETA DO BADANIA KRĘGOSŁUPA

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE LITERAMI DRUKOWANYMI PONIŻSZEJ ANKIETY I O ZAZNACZENIE KÓŁKIEM WŁAŚCIWYCH ODPOWIEDZI.

Imię i Nazwisko Pacjenta:

--

1. Który odcinek kręgosłupa ma być badany?

Szyjny	Piersiowy	Łędźwiowo-Krzyżowy
--------	-----------	--------------------

2. Doszło do mechanicznego urazu kręgosłupa?

Tak	Nie	Jeżeli tak, to kiedy?
-----	-----	--------------------------------

3. Czy kręgosłup był operowany?

Tak	Nie	Jeżeli tak, to kiedy?
		Który poziom był operowany?

4. Jeśli występują dolegliwości bólowe to:

Gdzie zlokalizowany jest ból?
--

Jakie ma nasilenie?

Stałe	Zmienne
-------	---------

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Brak bólu	Łagodny		Umiarkowany			Mocny		Ból nie do wytrzymania		

Czy promieniuje do kończyny?

Tak	Nie
-----	-----

Jeżeli tak do której?

Ręka	Lewa
Noga	Prawa

5. Czy występują zaburzenia czucia?

Tak	Nie
-----	-----

Jeżeli tak to jakiego rodzaju?

Znieczulica	Przeczulica	Brak czucia
-------------	-------------	-------------

.....
Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego