poliklinika **amruševa**

Inicijalni upitnik

Ambulanta za bol i anesteziologiju

Molimo ispunite upitnik prije pregleda. Odgovore usmjerite na glavni bolni problem zbog kojeg dolazite. Pripremite popis lijekova i medicinske nalaze. Za ispunjavanje predvidite približno 10 minuta. Ako ne znate odgovor, navedite da niste sigurni.

Kako ispuniti: otvorite datoteku u besplatnom programu Adobe Acrobat Reader, ispunite polja, spremite je i pošaljite zajedno s nalazima na anestezije@amruseva.hr. Upitnik možete i ispisati, ispuniti rukom te poslati skeniran ili fotografiran.

1. Osobni podaci i glavni problem

Ime i prezime

Datum rođenja (dan, mjesec, godina)

Broj telefona

E-mail

Tjelesna visina (cm)

Tjelesna težina (kg)

Datum zakazanog termina (ako je poznat)

Zbog čega dolazite?

☐ Prvi pregled u ambulanti za bol ☐ Kontrolni pregled ☐ Akupunktura / aurikuloterapija
☐ UZV vođeni blok / infiltracija ☐ Drugo

Tko Vam je preporučio dolazak?

☐ Obiteljski liječnik ☐ Specijalist ☐ Dolazim samoinicijativno ☐ Drugo

Gdje je bol najizraženija? Odaberite glavno područje.

☐ Glava/lice ☐ Vrat ☐ Rame ☐ Ruka/šaka ☐ Prsni koš ☐ Gornji dio leđa ☐ Donji dio leđa
☐ Trbuh ☐ Zdjelica/prepone ☐ Kuk ☐ Natkoljenica ☐ Koljeno ☐ Potkoljenica ☐ Stopalo
☐ Više regija podjednako ☐ Drugo

Na kojoj je strani bol?

☐ Desno ☐ Lijevo ☐ Obostrano ☐ Po sredini ☐ Nije primjenjivo

Precizniji opis mjesta boli (neobvezno)

Koliko dugo imate ovu bol?

☐ Manje od 1 tjedna ☐ Od 1 tjedna do manje od 1 mjeseca ☐ Od 1 do manje od 3 mjeseca
☐ Od 3 do manje od 6 mjeseci ☐ Od 6 do manje od 12 mjeseci ☐ Od 1 do 5 godina ☐ Više od 5 godina

Kako je bol počela?

☐ Iznenada ☐ Postupno ☐ Ne sjećam se

S čime povezujete početak boli?

☐ Ozljeda ☐ Operacija/zahvat ☐ Poznata bolest ☐ Bez jasnog razloga ☐ Drugo

2. Jačina boli i utjecaj na život

0 = nema boli; 10 = najjača bol koju možete zamisliti. Kako biste lakše odabrali broj, u nastavku su opisi razina boli prema ljestvici Defense and Veterans Pain Rating Scale (DVPRS 2.0). Za prosječnu i najjaču bol procijenite posljednjih 7 dana.

NRS	Opis razine boli	NRS	Opis razine boli
0	Nema boli.	6	Bol je teško ignorirati; izbjegavam neke uobičajene aktivnosti.
1	Jedva primjećujem bol.	7	Bol je u središtu moje pažnje i sprječava me u svakodnevnim aktivnostima.
2	Primjećujem bol, ali ne ometa moje aktivnosti.	8	Bol je vrlo teška; teško mi je išta raditi.
3	Bol mi povremeno odvlači pažnju.	9	Bol je nepodnošljiva; ne mogu ništa raditi.
4	Bol mi odvlači pažnju, ali mogu obavljati uobičajene aktivnosti.	10	Bol je najjača moguća; ništa drugo nije važno.
5	Bol prekida neke moje aktivnosti.		

Bol sada

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

Prosječna bol u posljednjih 7 dana

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

Najjača bol u posljednjih 7 dana

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

Kako biste još opisali bol? Možete označiti više odgovora.

☐ Tupa ☐ Pritisak/stezanje ☐ Probadajuća ☐ Pulsirajuća ☐ Grčevita ☐ Duboka ☐ Površinska
☐ Drugo ☐ Ne mogu opisati

Što najčešće pojačava bol?

Možete označiti više odgovora.

☐ Hodanje/kretanje ☐ Stajanje ☐ Sjedenje ☐ Ležanje ☐ Pokreti bolnog područja
☐ Kašljanje/napinjanje ☐ Ništa određeno ☐ Drugo

Što najčešće smanjuje bol?

Možete označiti više odgovora.

☐ Mirovanje ☐ Promjena položaja ☐ Kretanje ☐ Lijekovi ☐ Toplina ☐ Hladnoća
☐ Ništa ne pomaže ☐ Drugo

Koliko je bol ometala sljedeća područja tijekom posljednjih 7 dana? 0 = uopće ne ometa; 10 = potpuno onemogućava.

Svakodnevne aktivnosti

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

Hodanje/kretanje

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

Spavanje

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

Raspoloženje

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

Posao/kućanske obveze

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

3. Dosadašnja obrada i liječenje

Koje ste pretrage učinili zbog ove boli?

Možete označiti više odgovora.

☐ RTG ☐ UZV ☐ CT ☐ MR ☐ EMNG ☐ Laboratorij ☐ Drugo ☐ Ništa ☐ Nisam siguran/na

Najvažniji nalazi ili dijagnoze povezane s boli (ako znate)

Koje ste načine liječenja pokušali?

Možete označiti više odgovora.

☐ Lijekovi ☐ Fizikalna terapija/vježbe ☐ Blokovi/infiltracije ☐ Operacija ☐ Akupunktura
☐ Psihološka potpora ☐ Drugo ☐ Ništa

Što je najviše pomoglo i koliko dugo? Ako ništa nije pomoglo, napišite „ništa”.

Jeste li imali komplikacije nakon blokova, infiltracija ili anestezije?

☐ Ne ☐ Da ☐ Nisam siguran/na

Ako da ili niste sigurni: koji zahvat i kakva komplikacija?

4. Lijekovi, alergije i važne bolesti

Navedite sve lijekove i dodatke prehrani koje uzimate, uključujući lijekove protiv boli po potrebi.

Navedite naziv, dozu i koliko često uzimate lijek (npr. paracetamol 500 mg, po potrebi do 2 puta dnevno). Ako ništa ne uzimate, napišite „ne uzimam".

Uzimate li lijekove protiv zgrušavanja krvi ili protiv sljepljivanja krvnih pločica?

Primjeri: varfarin, apiksaban, rivaroksaban, dabigatran, heparin, acetilsalicilatna kiselina, klopidogrel. Nemojte samoinicijativno prekidati terapiju.

☐ Ne ☐ Da ☐ Nisam siguran/na

Ako da ili niste sigurni: naziv lijeka (ako nije već naveden)

Uzimate li lijekove za smirenje/spavanje ili opioidne lijekove protiv boli?

☐ Ne ☐ Da ☐ Nisam siguran/na

Ako da ili niste sigurni: naziv i doza (ako nisu već navedeni)

Jeste li imali alergiju ili ozbiljnu reakciju na lijek, lokalni anestetik, kortikosteroid, kontrast ili lateks?

☐ Ne ☐ Da ☐ Nisam siguran/na

Ako da ili niste sigurni: na što i kakva je bila reakcija?

Koje bolesti ili stanja imate? Možete označiti više odgovora.

☐ Šećerna bolest ☐ Bolest srca/aritmija ☐ Bolest pluća ☐ Apneja u snu ☐ Bolest bubrega
☐ Bolest jetre ☐ Neurološka bolest ☐ Depresija/anksioznost ☐ Zloćudna bolest
☐ Poremećaj zgrušavanja/sklonost krvarenju ☐ Elektrostimulator srca/defibrilator ☐ Drugo
☐ Ništa od navedenog ☐ Nisam siguran/na

Druge bolesti ili važni detalji (neobvezno)

Postoji li mogućnost trudnoće?

☐ Ne ☐ Da ☐ Nisam sigurna ☐ Nije primjenjivo

5. Sigurnosne informacije

Za svako pitanje označite jedan odgovor. Za slabost, mokrenje/stolicu i osjet u međici važno je jesu li smetnje nove ili se pogoršavaju.

Imate li novonastalu ili sve izraženiju slabost ruke ili noge?

☐ Ne ☐ Da ☐ Nisam siguran/na

Imate li nove ili pogoršane smetnje kontrole mokrenja/stolice ili novu nemogućnost mokrenja?

☐ Ne ☐ Da ☐ Nisam siguran/na

Imate li novu ili pogoršanu utrnulost međice (područje između nogu)?

☐ Ne ☐ Da ☐ Nisam siguran/na

Imate li trenutačno temperaturu, zimicu ili akutnu infekciju?

☐ Ne ☐ Da ☐ Nisam siguran/na

Jeste li neobjašnjivo izgubili na težini?

☐ Ne ☐ Da ☐ Nisam siguran/na

Imate li aktivnu ili ranije liječenu zloćudnu bolest?

☐ Ne ☐ Da ☐ Nisam siguran/na

Je li bol nastala nakon značajne ozljede ili pada?

☐ Ne ☐ Da ☐ Nisam siguran/na

Ako ste odgovorili „Da” ili niste sigurni: kratko opišite tegobu i kada je počela.

Ako imate novu slabost, gubitak kontrole mokrenja/stolice, nemogućnost mokrenja ili utrnulost međice, nemojte čekati termin niti odgovor na upitnik: odmah se javite liječniku ili hitnoj službi. Ovaj obrazac nije namijenjen hitnim stanjima i odgovori se ne pregledavaju neprekidno.

6. Osjeti u području boli

Za svaku od prvih sedam stavki označite jedan broj: 0 = nikada, 1 = jedva primjetno, 2 = blago, 3 = umjereno, 4 = jako, 5 = vrlo jako.

1. U području boli osjećate li pečenje ili žarenje?

☐ 0 nikada ☐ 1 jedva primjetno ☐ 2 blago ☐ 3 umjereno ☐ 4 jako ☐ 5 vrlo jako

2. U području boli osjećate li trnce, bockanje ili mravinjanje?

☐ 0 nikada ☐ 1 jedva primjetno ☐ 2 blago ☐ 3 umjereno ☐ 4 jako ☐ 5 vrlo jako

3. Je li lagani dodir kože ili odjeće u bolnom području neugodan ili bolan?

☐ 0 nikada ☐ 1 jedva primjetno ☐ 2 blago ☐ 3 umjereno ☐ 4 jako ☐ 5 vrlo jako

4. Javljaju li se nagli, kratki napadi boli poput električnog udara ili sijevanja?

☐ 0 nikada ☐ 1 jedva primjetno ☐ 2 blago ☐ 3 umjereno ☐ 4 jako ☐ 5 vrlo jako

5. Je li bolno područje pretjerano osjetljivo na toplinu ili hladnoću?

☐ 0 nikada ☐ 1 jedva primjetno ☐ 2 blago ☐ 3 umjereno ☐ 4 jako ☐ 5 vrlo jako

6. Osjećate li u bolnom području utrnulost ili smanjen osjet?

☐ 0 nikada ☐ 1 jedva primjetno ☐ 2 blago ☐ 3 umjereno ☐ 4 jako ☐ 5 vrlo jako

7. Izaziva li blag pritisak u bolnom području izraženu bol?

☐ 0 nikada ☐ 1 jedva primjetno ☐ 2 blago ☐ 3 umjereno ☐ 4 jako ☐ 5 vrlo jako

8. Koji opis najbolje odgovara tijeku Vaše boli?

☐ bol je stalno prisutna uz manje oscilacije ☐ bol je stalno prisutna uz jasna razdoblja pogoršanja
☐ bol se javlja u napadima, a između napada nema boli
☐ bol se javlja u napadima, ali između napada ostaje trajna bol

9. Širi li se bol iz glavnog bolnog područja u drugi dio tijela?

☐ ne ☐ da

Ako da, opišite kamo se širi

Pitanja 1–9 prilagođena su prema upitniku painDETECT.

7. Raspoloženje i cilj liječenja

Tijekom posljednja 2 tjedna označite koliko često Vas je mučio svaki od navedenih problema.

1. Nervoza, tjeskoba ili osjećaj napetosti

☐ 0 uopće ne ☐ 1 nekoliko dana ☐ 2 više od polovice dana ☐ 3 gotovo svaki dan

2. Nemogućnost zaustavljanja ili kontrole zabrinutosti

☐ 0 uopće ne ☐ 1 nekoliko dana ☐ 2 više od polovice dana ☐ 3 gotovo svaki dan

3. Malo interesa ili zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima

☐ 0 uopće ne ☐ 1 nekoliko dana ☐ 2 više od polovice dana ☐ 3 gotovo svaki dan

4. Potištenost, depresivnost ili osjećaj beznađa

☐ 0 uopće ne ☐ 1 nekoliko dana ☐ 2 više od polovice dana ☐ 3 gotovo svaki dan

Što biste najviše željeli ponovno moći raditi ili postići nakon liječenja boli?

Dodatna pitanja ili napomene za liječnika (neobvezno)

Privola za obradu podataka

Pristajem da Poliklinika Amruševa obrađuje podatke o mom zdravlju iz ovog upitnika radi pripreme pregleda i liječenja u Ambulanti za bol, u skladu s Politikom privatnosti Poliklinike (www.amruseva.hr).

☐ Da, pristajem

Datum ispunjavanja

Hvala na ispunjenom upitniku. Pošaljite ga zajedno s nalazima dosadašnje obrade boli na anestezije@amruseva.hr, a na pregled ponesite medicinske nalaze i ažuriran popis lijekova.