

**Поясничный или Грудной
отдел позвоночника
(Новый пациент)**



Дата: _____

Имя: _____

Возраст: _____

Дата рождения: _____

Пол: мужской женский

Главная медицинская жалоба (если главных проблем несколько - укажите процент боли (от 1% до 100%) для каждой проблемы (**сумма должна быть 100%!)**)).

Боль: спина _____

нога: левая _____ правая _____

Отметьте степень боли

(0= нет боли, 10=самая сильная боль)

спина

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

нога/ ягодица

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

Определите продолжительность симптомов:

_____ недель _____ месяцев _____ лет

Дата возникновения симптомов _____

Ощущаете ли вы немоту или покалывание вместе с болью: Да Нет

Ощущаете ли вы слабость в больной руке или ноге: Да Нет

Заметили ли вы изменения в стуле и/или мочеиспускании : Да Нет

Что вы пробовали, чтобы облегчить ваши симптомы:

- физиотерапия
- упражнения
- иглоукалывание
- хиропрактор
- спинные инъекции (epidural injection)
- лекарства _____

Укажите, какие действия ухудшают ваши симптомы:

- сидение
- стояние
- хождение
- лежание
- сгибание вперёд
- прогибание назад

Укажите, какие действия улучшают ваши симптомы:

- сидение
- стояние
- хождение
- лежание
- сгибание вперёд
- прогибание назад

Как долго вы способны проделать следующие действия без боли:

Сидеть _____ минут или _____ часов или _____ без ограничения

Стоять _____ минут или _____ часов или _____ без ограничения

Ходить _____ минут или _____ часов или _____ без ограничения

Были ли у вас когда либо хирургические операции на шее или спине:

Да Нет

Если “Да”, укажите все предыдущие операции (спинные и не спинные) с датами (месяц/год)_____

Какие тесты были сделаны по поводу вашей спины/шеи в последние два года:

<input type="checkbox"/> Regular X-rays	<input type="checkbox"/> Bending X-rays	<input type="checkbox"/> MRI
<input type="checkbox"/> CT Scan	<input type="checkbox"/> Myelogram	<input type="checkbox"/> EMG/NCV
<input type="checkbox"/> Discogram	<input type="checkbox"/> CT Myelogram	<input type="checkbox"/> Neurogram

Укажите другие медицинские проблемы:

<input type="checkbox"/> высокое давление	<input type="checkbox"/> сердце	<input type="checkbox"/> остеопороз
<input type="checkbox"/> диабет	<input type="checkbox"/> щитовидная железа	<input type="checkbox"/> почки
<input type="checkbox"/> печень	<input type="checkbox"/> пищеварительный тракт	<input type="checkbox"/> рак

Вы курите: Да Нет

Если “Да”, как давно:_____

Сколько пачек в день вы выкуриваете: <1/2 1/2 1 2 3 4

Вы употребляете алкогольные напитки: Да Нет

Если “Да”, сколько напитков в день: <1 1 2 3 4 >5

Перечислите все медицинские препараты, которые вы принимаете в текущее время:

Есть ли у вас аллергии на медикаменты: Да Нет

Если "Да", перечислите: _____

Есть ли у вас инвалидность: Да Нет

Если "ДА", укажите дату начала _____

Есть ли судебный процесс по поводу вашей травмы: Да Нет

Есть ли рабочий компенсационный иск (workers compensation claim):

Да Нет

Если "Да", укажите дату травмы _____

КОРОТКО опишите инцидент _____

В настоящее время вы:

работаете не работаете студент на пенсии

Если работаете, укажите тип работы:

Если вы больше **НЕ** работаете, укажите дату вашего последнего рабочего дня _____

На данный момент вы:

женаты/замужем разведены проживаете отдельно

вдовец/вдова

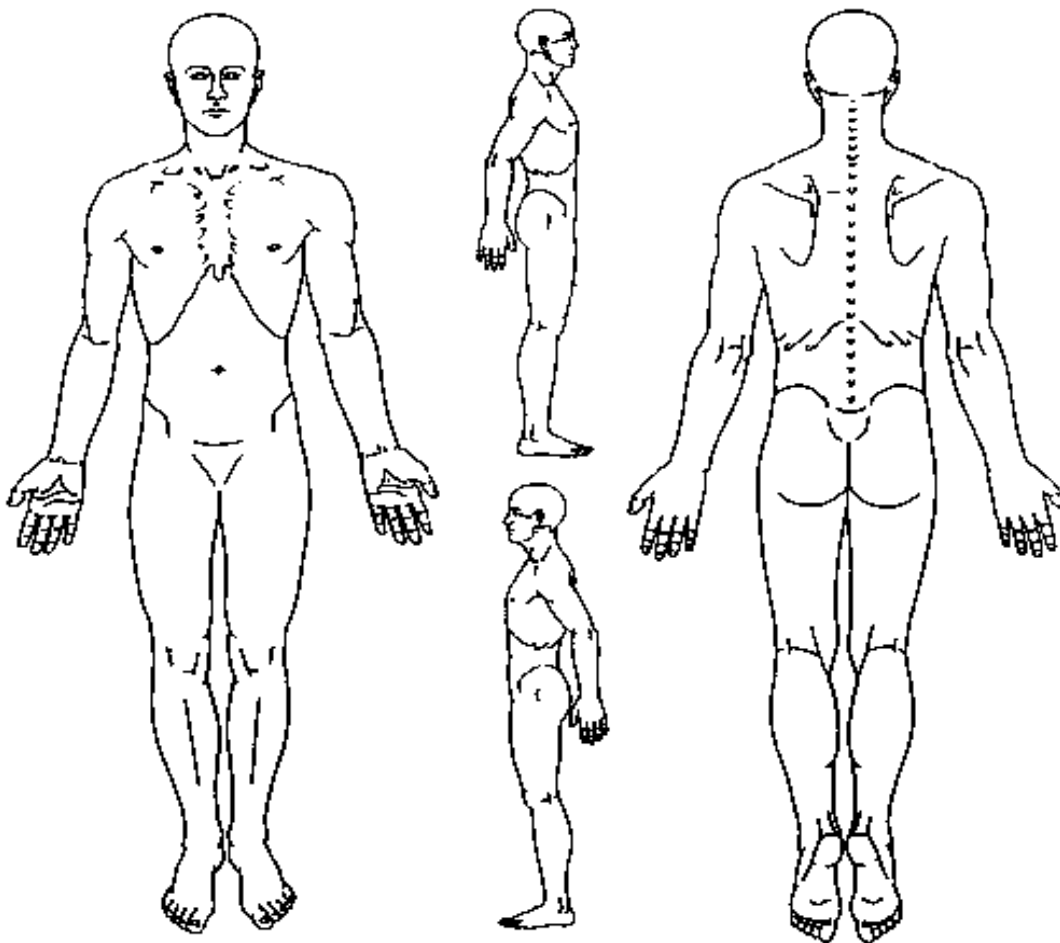
Количество детей: _____

Какой у вас рост: _____

Какой у вас вес: _____

The Oswestry Disability Index (ODI) Questionnaire

На диаграмме ниже укажите места (используя знак **X**) где вы испытываете боль или другие симптомы.



Укажите симптом(ы)

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> тупая боль | <input type="checkbox"/> немота |
| <input type="checkbox"/> покалывания | <input type="checkbox"/> жжение |
| <input type="checkbox"/> колющая боль | <input type="checkbox"/> другие ощущения |

Пожалуйста прочтите. Эти вопросы помогут нам понять, насколько сильно ваша боль изменяет вашу жизнь. В каждой секции отметьте **только один вариант**, который наиболее точно описывает вашу ситуацию.

Интенсивность боли

1. Сейчас боли нет.
2. Сейчас боль очень слабая.
3. Сейчас боль умеренная.
4. Сейчас боль сильная.
5. Сейчас боль очень сильная.
6. Сейчас боль невыносимая.

Персональный уход (умывание, одевание)

1. Я могу ухаживать за собой не вызывая дополнительной боли.
2. Я могу ухаживать за собой, но это вызывает дополнительную боль.
3. Мне больно ухаживать за собой и я медленен(на) и осторожен(а).
4. Я нуждаюсь в некоторой помощи, но справляюсь с большей частью ухода за собой.
5. Я нуждаюсь в помощи каждый день в большинстве случаев ухода за собой.
6. Я не одеваюсь, моюсь с трудом и пребываю в кровати.

Поднятие веса

1. Я могу поднимать тяжёлый вес без дополнительной боли.
2. Я могу поднимать тяжёлый вес, но это вызывает дополнительную боль.
3. Боль не даёт поднять мне тяжёлый вес с пола, но я могу справиться, если он удобно расположен, например на столе.
4. Боль не даёт поднять мне тяжёлый вес, но я могу справиться с лёгким или средним весом, если он удобно расположен.
5. Я могу поднимать только очень лёгкий вес.
6. Я не могу ничего ни поднять, ни нести.

Ходьба

1. Боль мне не мешает ходить на любую дистанцию.
2. Боль не даёт мне пройти больше одного километра.
3. Боль не даёт мне пройти больше пол-километра.
4. Боль не даёт мне пройти больше 100 метров.
5. Я могу ходить только с палкой, костылями, или ходунками (walker).
6. Я большую часть времени лежу и с трудом добираюсь до туалета.

Сидение

1. Я могу сидеть на любом стуле сколько хочу.
2. Я могу сидеть на любимом стуле сколько хочу.
3. Из-за боли я не могу сидеть больше часа.
4. Из-за боли я не могу сидеть больше получаса.
5. Из-за боли я не могу сидеть больше 10 минут.
6. Из-за боли я не могу сидеть вообще.

Стояние

1. Я могу стоять без боли неограниченно.
2. Я могу стоять неограниченно, но это вызывает дополнительную боль.
3. Из-за боли я не могу стоять больше часа.
4. Из-за боли я не могу стоять больше получаса.
5. Из-за боли я не могу стоять больше 10 минут.
6. Из-за боли я не могу стоять вообще.

Сон

1. Боль не прерывает мой сон.
2. Боль иногда прерывает мой сон.
3. Из-за боли, я сплю меньше 6 часов.
4. Из-за боли, я сплю меньше 4 часов.
5. Из-за боли, я сплю меньше 2 часов.
6. Боль не даёт мне спать вообще.

Половая жизнь (если применимо)

1. Моя половая жизнь нормальная и не вызывает дополнительной боли.
2. Моя половая жизнь нормальная, но вызывает дополнительную боль.
3. Моя половая жизнь почти нормальная, но вызывает сильную боль.
4. Из-за боли моя половая жизнь сильно ограничена.
5. Из-за боли у меня почти нет половой жизни.
6. Из-за боли у меня нет половой жизни.

Социальная жизнь (общение с друзьями/ досуг)

1. Моя социальная жизнь нормальная и не вызывает дополнительной боли.
2. Моя социальная жизнь нормальная, но усиливает боль.
3. Боль не значительно влияет на мою социальную жизнь, за исключением более активных занятий, например, спортом.
4. Боль ограничивает мою социальную жизнь и я редко выхожу из дома.
5. Боль ограничивает мою социальную жизнь моим домом.
6. Из-за боли у меня нет социальной жизни.

Путешествия и поездки

1. Я могу путешествовать куда-угодно без боли.
2. Я могу путешествовать куда-угодно, но это вызывает дополнительную боль.
3. Боль сильная, но я могу путешествовать более 2 часов.
4. Из-за боли, я не могу путешествовать более 1 часа.
5. Из-за боли, я могу совершать только необходимые поездки менее получаса.
6. Из-за боли я не могу путешествовать, кроме посещения врача.