

Ημερομηνία: _____ Ασθενής: **Επίθετο:** _____ Όνομα: _____

Πώς θα αξιολογούσατε τον πόνο σας **τώρα**, αυτή τη στιγμή;

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

καθόλου μέγιστος
Πόσο δυνατός ήταν ο **χειρότερος** πόνος σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες;




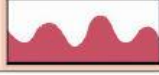
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

καθόλου μέγιστος
Πόσο δυνατός ήταν ο πόνος **κατά μέσο όρο** τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

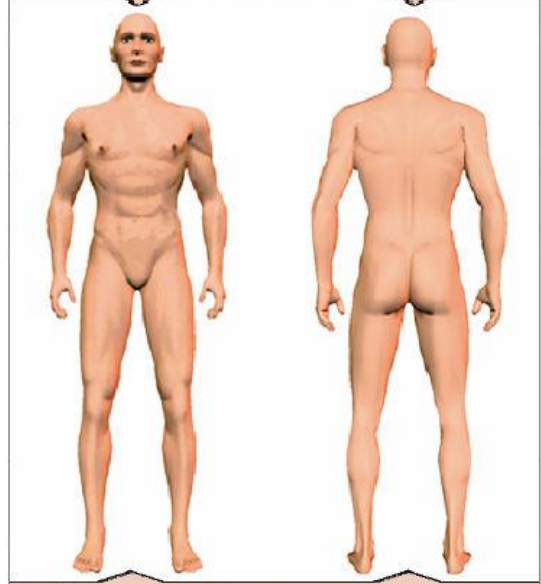
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

καθόλου μέγιστος

Σημειώστε την εικόνα που περιγράφει καλύτερα τον χαρακτήρα του πόνου σας:

-  Επίμονος πόνος με ελαφρές διακυμάνσεις
-  Επίμονος πόνος με κρίσεις πόνου
-  Κρίσεις πόνου χωρίς πόνο στα μεσοδιαστήματα
-  Συχνές κρίσεις πόνου με πόνο και στα μεσοδιαστήματα

Προσδιορίστε την κύρια περιοχή πόνου



Ο πόνος σας εξαπλώνεται και σε άλλες περιοχές του σώματός σας; ναι όχι
Αν ναι, σχεδιάστε ένα βέλος που να δείχνει την κατεύθυνση προς την οποία εξαπλώνεται ο πόνος.

Υποφέρετε από αίσθηση «καψίματος» (π.χ. όπως από τσουκνίδες) στην περιοχή που σημειώσατε;

καθόλου <input type="checkbox"/>	σχεδόν καθόλου <input type="checkbox"/>	ελαφρώς <input type="checkbox"/>	μέτρια <input type="checkbox"/>	πολύ <input type="checkbox"/>	πάρα πολύ <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Αισθάνεστε μυρμηγκίασμα ή τσιμπήματα στην περιοχή που πονάτε (σαν να περπατάνε μυρμηγκία ή σαν μυρμηγκίασμα από ηλεκτρικό ρεύμα);

καθόλου <input type="checkbox"/>	σχεδόν καθόλου <input type="checkbox"/>	ελαφρώς <input type="checkbox"/>	μέτρια <input type="checkbox"/>	πολύ <input type="checkbox"/>	πάρα πολύ <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Η ελαφριά επαφή (ρουχισμός, σκεπάσματα) σε αυτή την περιοχή σας προκαλεί πόνο;

καθόλου <input type="checkbox"/>	σχεδόν καθόλου <input type="checkbox"/>	ελαφρώς <input type="checkbox"/>	μέτρια <input type="checkbox"/>	πολύ <input type="checkbox"/>	πάρα πολύ <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Παθαίνετε ξαφνικές κρίσεις πόνου στην περιοχή που πονάτε σαν να σας χτυπάει ρεύμα;

καθόλου <input type="checkbox"/>	σχεδόν καθόλου <input type="checkbox"/>	ελαφρώς <input type="checkbox"/>	μέτρια <input type="checkbox"/>	πολύ <input type="checkbox"/>	πάρα πολύ <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Το κρύο ή η ζέση (π.χ. όταν κάνετε μπάνιο) σας προκαλεί περιστασιακά πόνο σε αυτή την περιοχή;

καθόλου <input type="checkbox"/>	σχεδόν καθόλου <input type="checkbox"/>	ελαφρώς <input type="checkbox"/>	μέτρια <input type="checkbox"/>	πολύ <input type="checkbox"/>	πάρα πολύ <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Υποφέρετε από μούδιασμα στην περιοχή που σημειώσατε;

καθόλου <input type="checkbox"/>	σχεδόν καθόλου <input type="checkbox"/>	ελαφρώς <input type="checkbox"/>	μέτρια <input type="checkbox"/>	πολύ <input type="checkbox"/>	πάρα πολύ <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Αν σας πιέσουν ελαφρά σε αυτή την περιοχή π.χ. με το δάχτυλο, προκαλείται πόνος;

καθόλου <input type="checkbox"/>	σχεδόν καθόλου <input type="checkbox"/>	ελαφρώς <input type="checkbox"/>	μέτρια <input type="checkbox"/>	πολύ <input type="checkbox"/>	πάρα πολύ <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

(Να συμπληρωθεί από τον γιατρό)

καθόλου	σχεδόν καθόλου	ελαφρώς	μέτρια	πολύ	πάρα πολύ
<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"/>

Συνολικό αποτέλεσμα **στα 35**

Ημερομηνία: _____ Ασθενής: Επίθετο: _____ Όνομα: _____

Μεταφέρετε εδώ το συνολικό αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου πόνου:

Συνολικό αποτέλεσμα

Προσθέστε τους παρακάτω αριθμούς, ανάλογα με τον τυπικό χαρακτήρα του πόνου και την εξάπλωση που σημειώσατε. Στη συνέχεια, αθροίστε το τελικό αποτέλεσμα:



Επίμονος πόνος με ελαφρές διακυμάνσεις

0



Επίμονος πόνος με κρίσεις πόνου

-1

αν σημειώσατε αυτό ή



Κρίσεις πόνου χωρίς πόνο στα μεσοδιαστήματα

+1

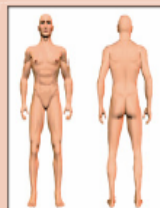
αν σημειώσατε αυτό ή



Συχνές κρίσεις πόνου με πόνο και στα μεσοδιαστήματα

+1

αν σημειώσατε αυτό



Εξάπλωση πόνου;

+2

αν ναι

Τελικό αποτέλεσμα

Αποτέλεσμα ελέγχου

για την ύπαρξη παράγοντα νευροπαθητικού πόνου



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38

Δεν είναι πιθανή η ύπαρξη παράγοντα νευροπαθητικού πόνου (< 15%)

Το αποτέλεσμα είναι αβέβαιο, ωστόσο είναι πιθανή η ύπαρξη παράγοντα νευροπαθητικού πόνου

Είναι πιθανή η ύπαρξη παράγοντα νευροπαθητικού πόνου (> 90%)