

Datum: Pacient: Příjmení: Jméno:

Jak byste ohodnotil/a svou bolest **nyní**, v tomto okamžiku?

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

žádná maximální

Jak silná byla Vaše **nejsilnější** bolest během minulých 4 týdnů?

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

žádná maximální

Jak silná byla bolest během minulých 4 týdnů **v průměru**?

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

žádná maximální

Zakřížkujte políčko vpravo vedle obrázku, který nejlépe vystihuje průběh Vaší bolesti:



Trvalá bolest s mírnými výkyvy



Trvalá bolest s občasnými záchvaty silné bolesti

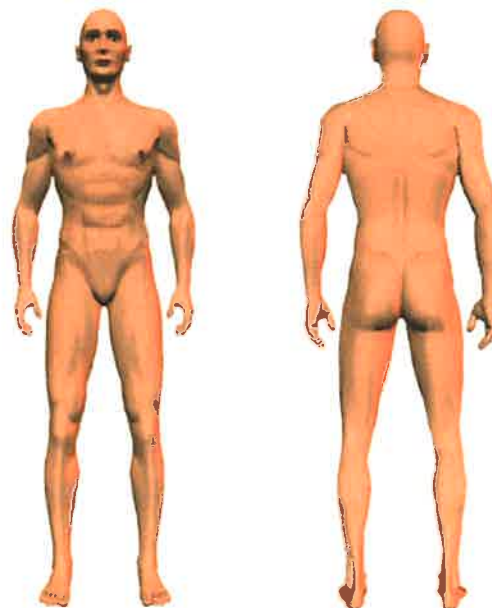


Záchvaty silné bolesti, mezi nimi bez bolesti



Časté záchvaty silné bolesti, mezi nimi trvalá bolest

Označte prosím křížkem nebo vystínováním jednu **hlavní oblast své bolesti**



Vyzařuje Vaše bolest i do jiných částí těla?
ano ne

Pokud ano, nakreslete prosím šipkou směr, kterým bolest vyzařuje.

Míváte v této označené oblasti pálivé bolesti (jako např. při popálení kopřivou)?

vůbec ne takřka ne málo středně silně velmi silně

Míváte v této označené oblasti pocit brnění nebo šimrání (mravenčení nebo např. jako od elektriny)?

vůbec ne takřka ne málo středně silně velmi silně

Působí Vám lehký dotyk v této označené oblasti (oblečením, příkrývkou) bolest?

vůbec ne takřka ne málo středně silně velmi silně

Míváte v této označené oblasti Vaší bolesti vystřelující záchvaty silné bolesti, jakoby od elektrického proudu?

vůbec ne takřka ne málo středně silně velmi silně

Je pro Vás chlad nebo teplo (např. voda ve vaně) v této označené oblasti občas bolestivé?

vůbec ne takřka ne málo středně silně velmi silně

Trpíte v této označené oblasti pocitem znečitlivění?

vůbec ne takřka ne málo středně silně velmi silně

Vyvolává lehký stálý tlak, např. prstem, v této označené oblasti bolest?

vůbec ne takřka ne málo středně silně velmi silně

vyplňuje lékař

vůbec ne

takřka ne

málo

středně

silně

velmi silně

× 0 = 0

× 1 =

× 2 =

× 3 =

× 4 =

× 5 =

Celkové skóre z 35