

Позначте, будь ласка, основну ділянку, де Ви відчуваєте біль.

Чи віддає біль у інші ділянки Вашого тіла? так ні

Якщо так, проведіть стрілку, куди віддає біль.

Як би Ви оцінили свій біль зараз, у даний момент?

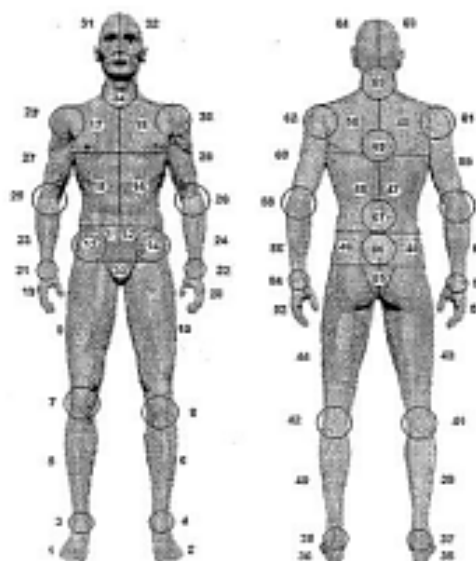
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
відсутній										
максимальний										

Наскільки сильним був найсильніший біль за останні 4 тижні?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
відсутній										
максимальний										

Наскільки сильним у середньому був біль за останні 4 тижні?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
відсутній										
максимальний										



Позначте малюнок, який описує динаміку Вашого болю.



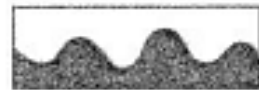
Постійний біль із незначними коливаннями



Постійний біль із нападами болю



Напади болю, біль між нападами відсутній



Напади болю з болем між нападами

Чи страждаєте Ви від відчуття печіння (напр., як від пекучої кропиви) у позначених ділянках?

ніколи ледь помітно трохи помірно сильно дуже сильно

Чи маєте Ви відчуття поколювання або пощипування у ділянці болю (ніби повзають мурахи або тилу поколювання від електричного розряду)?

ніколи ледь помітно трохи помірно сильно дуже сильно

Чи легкий доторк (від одягу або ковдри) у цій ділянці є болочим?

ніколи ледь помітно трохи помірно сильно дуже сильно

Чи бувають у ділянці, де Вам болить, раптові напади болю, що нагадують ураження електричним струмом?

ніколи ледь помітно трохи помірно сильно дуже сильно

Чи трапляється інколи біль у цій ділянці від холодного або гарячого (води у ванні)?

ніколи ледь помітно трохи помірно сильно дуже сильно

Чи страждаєте Ви від відчуття заніміня у позначених Вами ділянках?

ніколи ледь помітно трохи помірно сильно дуже сильно





Чи сприяє легке натискання, напр., пальцем, біль у цій ділянці?

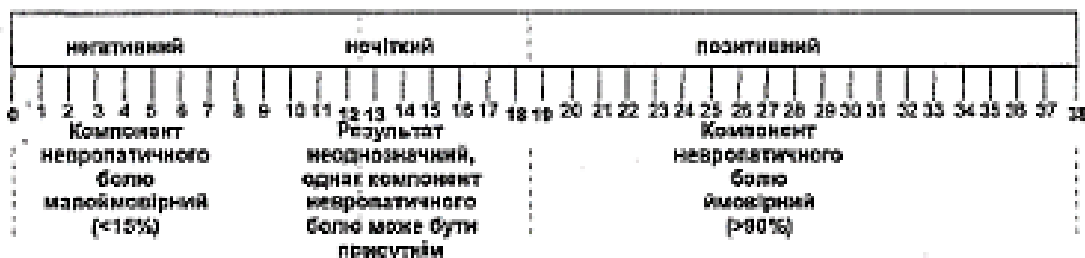
ніколи ледь помітно трохи помірно сильно дуже сильно

Оцінка результатів «Опитувальника для визначення болю»

ніколи <input type="checkbox"/> x0 = <input type="checkbox"/>	ледь помітно <input type="checkbox"/> x1 = <input type="checkbox"/>	трохи <input type="checkbox"/> x2 = <input type="checkbox"/>	помірно <input type="checkbox"/> x3 = <input type="checkbox"/>	сильно <input type="checkbox"/> x4 = <input type="checkbox"/>	дуже сильно <input type="checkbox"/> x5 = <input type="checkbox"/>
Загальна кількість балів <input type="text"/> <input type="text"/> з 35					

Додайте, будь ласка, наведені нижче цифри, залежно від позначеного характеру болю та іррадіації болю. Потім зазначте остаточний бал:

	Постійний біль із незначними коливаннями	<input type="text"/> 0	
	Постійний біль із нападами болю	<input type="text"/> -1	якщо позначено або
	Напади болю, біль між нападами відсутній	<input type="text"/> +1	якщо позначено або
	Напади болю з болем між нападами	<input type="text"/> +1	якщо позначено
	Біль з іррадіацією?	<input type="text"/> +2	якщо позначено
Остаточна сума балів <input type="text"/> <input type="text"/>			



Результати опитування на наявність нейропатичного компоненту болю

