



INSTYTUT DIAGNOSTYKI I LECZENIA BÓLU

Proszę określić, jak ból wpływał na Pani/Pana życie w ostatnim tygodniu

Ból ograniczał moją codzienną aktywność (jedzenie, mycie się, ubieranie, zakupy, spacer, hobby itp.)

zdecydowanie nie

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

zdecydowanie tak

Ból ograniczał moją zdolność poruszania się

zdecydowanie nie

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

zdecydowanie tak

Ból powodował, że nie mogę wykonywać mojej pracy (zawodowej, prac domowych)

zdecydowanie nie

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

zdecydowanie tak

Ból wpływał niekorzystnie na mój nastrój

zdecydowanie nie

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

zdecydowanie tak

Z powodu bólu ograniczam życie towarzyskie

zdecydowanie nie

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

zdecydowanie tak

Z powodu bólu źle śpię w nocy:

1. Nie

2. Tak

a) mam problemy z zasypianiem

b) ból budzi mnie w nocy

c) budzę się z innego powodu niż ból

Liczba godzin przespanych w ciągu nocy:

Skala zawiera 11 stopni nasilenia bólu – od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najgorszy wyobrażalny ból.