|  |
| --- |
| **تحديث مستجدّات الألم (Pain Update)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **اسم العائلة (اللقب)** | **الاسم:**  | **تاريخ اليوم:**\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| ماهو معدّل حدّة الألم الذي عانيت منه في الأسبوع المنصرم؟  |
|  0لا يوجد ألم 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10تعاني من اسوأ ألمٍ يمكن أن تتصوّره |
| إلى أيّ قدرٍ أعاقك الألم في الأسبوع المنصرم عن القيام **بنشاطاتك اليومية**؟ |
| 0لم يعقني الألم  1 2 3 4 5 6 7 8 9 10أعاقني الألم بالكامل |
| إلى أيّ مدى خلال الأسبوع المنصرم انطبق عليك كلّ قولٍ من هذهِ الأقوال المدرجة أدناه؟ | لم ينطبق البتّة | انطبق بعض الشيء أو في بعض الوقت | انطبق إلى حدّ كبير أو في قسط وافٍ من الوقت | انطبق كثيراًأوفي معظم الوقت |
| كنت مدركاً بأني أعاني من جفافٍ بالفمِ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| أحسست بأني لا أملك شيئاً أصبو اليه | 0 | 1 | 2 | 3 |
| أحسست بأنني كنت على وشك أن أصاب بالذعر | 0 | 1 | 2 | 3 |
| لم أكن قادراً على أن أكون متحمّساً حيال أيّ شيء | 0 | 1 | 2 | 3 |
| أحسست بأنه لا قيمة لي كشخصٍ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| كنتُ أشعر بنشاط قلبي دون القيام بأيّ مجهودٍ بدني كشعوري بازياد سرعة دقّات القلب أو عدم انتظامها  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| من فضلك قيّم مقدار ثقتك بقدرتك على القيام بالأمور التالية في الوقت الحاضر بالرغم من أنّك **تعاني من الألم**.  |
| إنني قادر على القيام ببعض أشكال العمل (تدّل كلمة "العمل" إلى العمل المدفوع وغير المدفوع الأجر)  | 0ثقتي معدومة 1 2 3 4 5ثقتي عالية  |
| بمقدوري عيش نمط حياةٍ طبيعي بالرغم من الألم | 0ثقتي معدومة 1 2 3 4 5ثقتي عالية  |
| من فضلك أشِر إلى أيّة درجةٍ تراودك هذه الأفكار والمشاعر عندما تعاني من الألم | لم تراودني البتّة | راودتنيقليلاً | راودتني بعض الشيء  | راودتني إلى حدّ كبير  | راودتني كثيراً |
| الألم فظيع، أتصور أنه لن يتحسّن أبداً | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| أصبحت أخاف من أن الألم سوف يزداد سوءاً | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| يبدو أنّني غير قادرٍ على التوقف عن التفكير بالألم | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| أفكّر دائماً برغبتي الشديدة في أن يتوقف الألم | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |



|  |  |
| --- | --- |
| كم ساعة عمِلت عملاً مدفوع الأجر في الأسبوع المنصرم؟  | ----------- ساعات |
| كم مرّة في غضون **الشهور الثلاثة** الماضية قد ... |
| ذهبت إلى قسم الطوارئ في أيّة مستشفى بسبب الألم الذي تعاني منه؟ | ----------- مرّات |
| أدخلت إلى المستشفى كمريض داخلي بسبب الألم الذي تعاني منه؟  | ----------- مرّات |
| من فضلك دوّن كل الأدوية التي تتناولها بما فيها الأدوية التي تعطى بوصفةٍ طبيّة أو التي تعطى من دون الحاجة إلى وصفةٍ طبيّة |
| اسم الدواء(كما هو مذكور على الملصق) |  عيار الدواء (كما هو مذكور على الملصق) | كم مرّة تتناوله في اليوم | ما عدد الأيام في الأسبوع التي تتناوله فيها |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Published Apr 2017. ACI/D23/843 © State of NSW (Agency for Clinical Innovation)

Translated by the WSLHD Translation Service December 2016