|  |
| --- |
| **Ενημέρωση για την κατάσταση του πόνου**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Επώνυμο:** | **Όνομα:** | **Σημερινή ημερομηνία:**  \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Την προηγούμενη εβδομάδα, κατά μέσο όρο, πώς θα βαθμολογούσατε τον πόνο σας; |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |  |
| Καθόλου πόνος |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Πόνος αφάνταστα ισχυρός  |

|  |
| --- |
| Την προηγούμενη εβδομάδα, σε ποιο βαθμό επηρέασε ο πόνος τις **καθημερινές σας δραστηριότητες;** |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |  |
| Καθόλου |  | Ολοκληρωτικά |
| Σε ποιο βαθμό ισχύουν για εσάς οι παρακάτω προτάσεις κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας; | Καθόλου | Σε κάποιο βαθμό ή μερικές φορές  | Σε σημαντικό βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα  | Πάρα πολύ ή για το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα  |
| Αντιλήφθηκα ξηρότητα στο στόμα μου |  0 | 1 | 2 | 3 |
| Αισθανθήκα ότι δεν είχα τίποτα να περιμένω στο μέλλον  |  0 | 1 | 2 | 3 |
| Αισθάνθηκα ότι ήμουν κοντά στο να πανικοβληθώ |  0 | 1 | 2 | 3 |
| Δεν ήμουν σε θέση να νιώσω ενθουσιασμό για τίποτα |  0 | 1 | 2 | 3 |
| Αισθάνθηκα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο |  0 | 1 | 2 | 3 |
| Αντιλήφθηκα τη λειτουργία της καρδιάς μου χωρίς να κάνω καμία σωματική προσπάθεια (π.χ. αίσθηση ταχυκαρδίας, αρρυθμίας) |  0 | 1 | 2 | 3 |

|  |
| --- |
| Παρακαλούμε βαθμολογήσετε πόσο σίγουρος/η νιώθετε ότι μπορείτε να κάνετε τα παρακάτω πράγματα τώρα **ανεξάρτητα από τον πόνο**.  |
| Μπορώ να κάνω κάποιας μορφής δουλειά, ανεξάρτητα από τον πόνο (η “δουλειά” περιλαμβάνει δουλειές του σπιτιού, εργασία με αμοιβή ή χωρίς αμοιβή)  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Καθόλουσίγουρος/η | Εντελώς σίγουρος/η |
| Μπορώ να ζω μία κανονική ζωή, ανεξάρτητα από τον πόνο | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Καθόλουσίγουρος/η | Εντελώς σίγουρος/η |
| Παρακαλούμε αναφέρετε σε ποιο βαθμό έχετε αυτές τις σκέψεις και τα συναισθήματα όταν πονάτε | Καθόλου | Σε μικρό βαθμό | Σε κάποιο βαθμό  | Σε μεγάλο βαθμό  | Πάντοτε |
| Είναι φρικτό και σκέφτομαι ότι ποτέ δεν πρόκειται να καλυτερεύσει | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Φοβάμαι ότι ο πόνος θα χειροτερεύσει | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Φαίνεται ότι δεν μπορώ να βγάλω τον πόνο από το μυαλό μου | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Συνεχίζω να σκέφτομαι πόσο πολύ θέλω να σταματήσει ο πόνος | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Πόσες ώρες εργασίας με αμοιβή κάνατε την προηγούμενη εβδομάδα; | …………………..ώρες |
| Πόσες φορές τους τελευταίους **3 μήνες** έχετε … |
| … επισκεφτεί το τμήμα επειγόντων περιστατικών στο νοσοκομείο εξαιτίας του πόνου σας; | …………………. φορές |
| … έχετε εισαχθεί σε νοσοκομείο εξαιτίας του πόνου σας; | …………………. φορές |
| Παρακαλούμε να καταγράψετε όλα τα φάρμακα που παίρνετε (συμπεριλαμβάνοντας όλα τα συνταγογραφημένα φάρμακα και τα φάρμακα χωρίς συνταγογράφηση) |
| **Όνομα φαρμάκου****(όπως αναγράφεται στην ετικέτα)** | **Ένταση φαρμάκου****(όπως αναγράφεται στην ετικέτα)** | **Πόση ποσότητα παίρνετε την ημέρα;** | **Πόσες ημέρες την εβδομάδα παίρνετε αυτό το φάρμακο;** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Published Apr 2017. ACI/D23/870 © State of NSW (Agency for Clinical Innovation)

Translated by the WSLHD Translation Service December 2016