|  |
| --- |
| **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 |
| Καθόλου  σίγουρος/η | | | | | | | Εντελώς  σίγουρος/η | | | | | | | |
| Μπορώ να ζω μία κανονική ζωή, ανεξάρτητα από τον πόνο | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | | 5 | | 6 |
| Καθόλου  σίγουρος/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