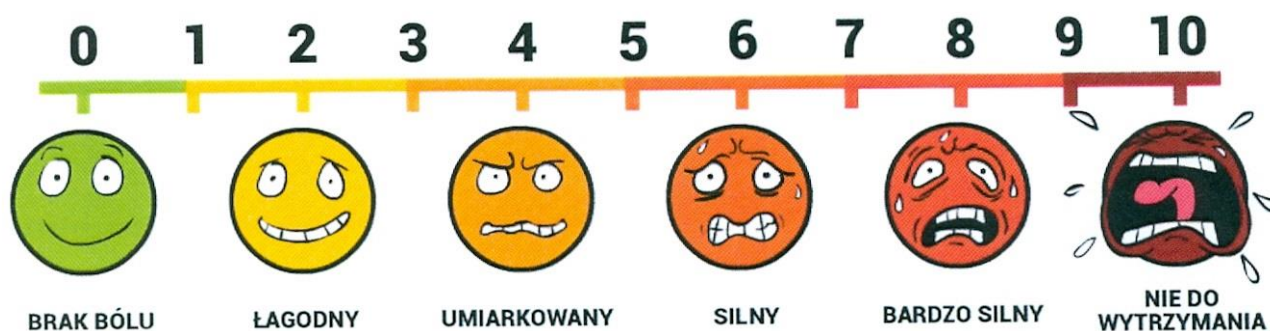




Skala oceniania bólu

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



Skala wykrywania bólu neuropatycznego

- Czy ból charakteryzuje się jedną lub kilkoma cechami podanymi poniżej?

a) pieczenie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
b) palenie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
c) bolesne uczucie zimna lub gorąca	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
d) wrażenie przechodzenia prądu elektrycznego	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- Czy ból jest związany z jednym lub kilkoma objawami wymienionymi poniżej, występującymi na tym samym obszarze?

a) mrowienie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
b) kłucie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
c) drętwienie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
d) swędzenie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
e) uczucie zimnych kończyn	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- Czy ból nasila się lub występuje

a) nocą	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
b) pod wpływem lekkiego dotyku	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
c) pod wpływem pocierania	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- Czy ból występuje w obszarze

a) palce	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
b) stopy, dłonie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
c) obszar tzw. skarpetek i rękawiczek	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- Czy ból jest zlokalizowany na obszarze, w którym badanie wykazuje

a) osłabienie czucia dotyku	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
b) osłabienie czucia przy ukłuciu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
c) zaburzenia odczuwania temperatury – zimna lub ciepła	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie