



KWESTIONARIUSZ PACJENTA

dotyczący ewentualnego przepisania medycznej marihuany

Informacje o mnie

Nazwisko: _____ Telefon: _____

Imię (imiona): _____ E-mail: _____

Płeć: ☐ M ☐ K ☐ D Ulica: _____

Data urodzenia: ____/____/____ Nr domu: ____ Nr mieszkania: ____ Kod pocztowy: ____ - ____

Czy jesteś obecnie w ciąży lub karmisz piersią? ☐ Tak ☐ Nie Miejscowość: _____

Moi lekarze i terapeuci – lekarz rodzinny/ specjalista

Nazwisko, adres: _____

Lekarz rodzinny: _____

Internista: _____

Neurolog: _____

Terapeuta bólu: _____

Inni: _____

Moja obecna sytuacja życiowa

Czy obecnie jesteś niezdolny(-na) do pracy? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, to od kiedy? _____

Upośledzenia: Czy posiadasz stopień niepełnosprawności (GdB)? _____ ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz ubytek słuchu? _____ ☐ Tak ☐ Nie

Informacje o zwyczajach życiowych

Czy pracujesz? _____ ☐ Tak ☐ Nie

Czy praca sprawia Ci przyjemność? _____ ☐ Tak ☐ Nie

Czy choroba przeszkadza Ci w pracy lub czy z powodu choroby nie jesteś zdolny(-na) do pracy? _____ ☐ Tak ☐ Nie

Czy palisz papierosy? _____ ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, to ile (papierosów dziennie)? _____

Czy regularnie spożywasz alkohol? _____ ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, to ile (kieliszków dziennie)? _____

Czy uprawiasz sport? _____ ☐ Tak ☐ Nie

Czy odżywasz się w sposób zbilansowany? _____ ☐ Tak ☐ Nie

Wcześniejsze choroby i objawy

1. Wcześniejsze choroby i objawy (Zaznacz wszystko, co dotyczy Ciebie.)

☐ Choroby serca i układu krążenia (np. choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, niewydolność serca)

☐ Chroniczne bóle/nerwobóle (np. ból pleców/ stawów, fibromialgia, bóle nowotworowe, migrena, ból głowy) Od kiedy? _____

☐ Ból pleców po operacji Data operacji: _____ Od kiedy występują bóle? _____

☐ Choroby neurologiczne (np. ALS, stwardnienie rozsiane ze spastycznością, padaczka, choroba Parkinsona, zespół Tourette'a)

☐ Przewlekłe choroby zapalne (np. wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Crohna, RZS)





☐ Inne choroby reumatyczne

☐ Nowotwory

☐ Bezsenność/ Zaburzenia zasypiania/ Przerwany sen/ Utrata apetytu **Od kiedy?** _____

☐ Utrata apetytu

☐ Przewlekłe choroby zakaźne (np. HIV)

☐ Schorzenia psychiatryczne (np. ADHD, zaburzenia lękowe, PTSD, hiperaktywność, depresja)

☐ Inne **Jeśli tak, to jakie?** _____

2. Negatywny wpływ

Zaznacz, jeśli Twoje choroby i objawy mają negatywny wpływ na:

☐ Sen ☐ Apetyt ☐ Zachowanie społeczne ☐ Pracę ☐ Jakość życia

Dotychczas przeprowadzone leczenie

Inne przeprowadzone lub trwające leczenie (Zaznacz wszystko, co dotyczy Ciebie.)

☐ Fizykoterapia/ Fizjoterapia/ Masaż ☐ Suplementy pokarmowe ☐ Chiropraktyka/ Akupunktura ☐ Leczenie niekonwencjonalne

☐ Inne: _____

Obecnie i wcześniej przyjmowane leki

- 1. Obecnie przyjmowane leki** (W poniższej tabeli podaj nazwy wszystkich obecnie przyjmowanych przez Ciebie leków, np. leków przeciwbólowych, leków przeciwnadciśnieniowych itp.)

Nazwa leku Podaj dokładną dawkę i moc mg/ml	Lek przyjmuję regularnie				Lek przyjmuję tylko doraźnie
	Rano	W południe	Wieczorem	Późno wieczorem	Zaznacz, jeśli dotyczy

2. Czy masz alergię na jakieś leki?

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, to na jakie? _____





Kwestionariusz dotyczący bólu

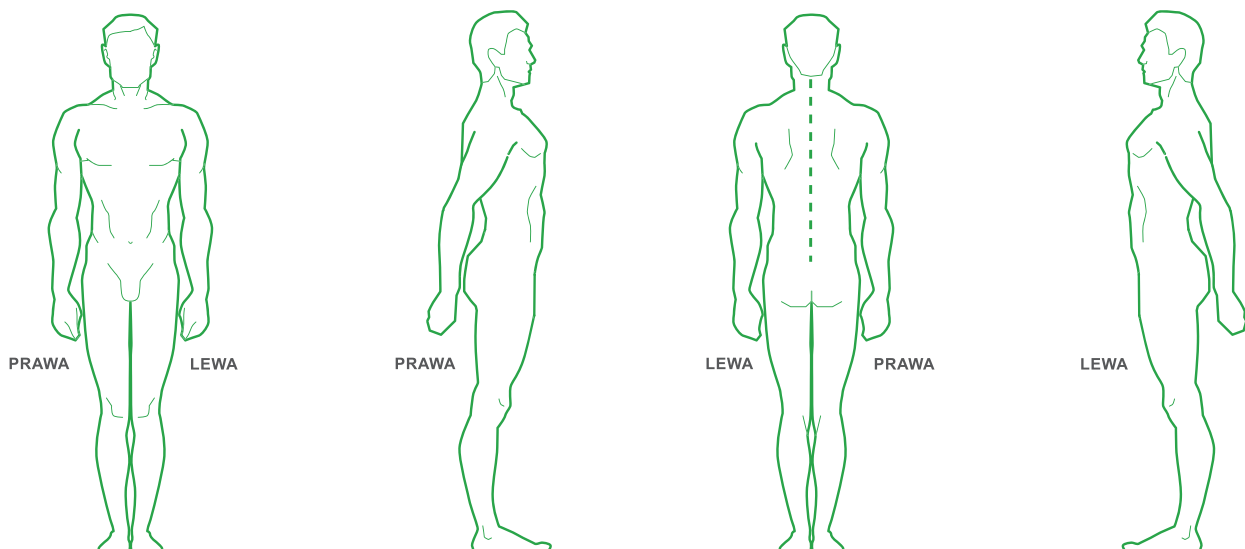
Moduł I: Przyczyny bólu

Czemu przypisujesz odczuwane bóle? (Możliwy wybór wielokrotny.)

- ☐ Nie dostrzegam ich przyczyny
- ☐ Konkretniej chorobie; **data zachorowania** (dzień/miesiąc/rok): _____ **Jeśli tak, to jakiej?** _____
- ☐ Konkretniej operacji; **data operacji** (dzień/miesiąc/rok): _____ **Jeśli tak, to jakiej?** _____
- ☐ Wypadkowi; **data wypadku** (dzień/miesiąc/rok): _____ **Jeśli tak, to jakiemu?** _____
- ☐ Obciążeniu fizycznemu **Jeśli tak, to jakiemu?** _____
- ☐ Obciążeniu psychicznemu
- ☐ Stresowi (zawodowemu/prywatnemu/innemu)
- ☐ Innej przyczynie

Moduł II: Natężenie bólu

1. Na poniższym rysunku zacieniuj obszary, w których odczuwasz ból. Zaznacz „X-em” miejsce, w którym boli Cię najbardziej.



2. Od kiedy występują te bóle?

☐ Krócej niż 1 miesiąc ☐ Dłużej niż 6 miesięcy ☐ Dłużej niż 1 rok ☐ Dłużej niż 5 lat ☐ Dłużej niż 10 lat

3. Które z tych stwierdzeń najlepiej opisuje bóle odczuwane przez Ciebie w ciągu ostatnich 4 tygodni? (Wybierz tylko jedno stwierdzenie!)

☐ Stały ból z niewielkimi wahaniami ☐ Ból napadowy, występujący pomiędzy okresami bezbolesnymi

Przeciętnie, jak często dochodzi do tych ataków? ☐ Prawie codziennie ☐ Co tydzień ☐ Sporadycznie

Kiedy występują te bóle? ☐ Rano ☐ W południe ☐ Po południu ☐ Wieczorem ☐ W nocy





4. Ból jest:

☐ Tępy
 ☐ Uciskający
 ☐ Kłujący
 ☐ Ciągący
 ☐ Uderzający
 ☐ Piekący
 ☐ Pulsujący

5. Podaj natężenie swojego bólu. Na poniższych skalach zaznacz, jak silny jest odczuwany przez Ciebie ból (przy stosowaniu zwykłych leków).

a) Aktualne natężenie bólu:

Brak bólu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Niewyobrażalny ból

b) Największe natężenie bólu w ciągu ostatnich 4 tygodni:

Brak bólu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Niewyobrażalny ból

6. Zaznacz liczbę, która określa stopień, w jakim ból przeszkadzał Ci podczas następujących aktywności.

a) Ogólna aktywność/ Dzienna rutyna

Brak upośledzenia 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Znaczne upośledzenie

b) Nastrój

Brak upośledzenia 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Znaczne upośledzenie

c) Obowiązki rodzinne lub domowe

Brak upośledzenia 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Znaczne upośledzenie

d) Twoja praca/ Twoje studia

Brak upośledzenia 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Znaczne upośledzenie

e) Sen

Brak upośledzenia 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Znaczne upośledzenie

f) Życie seksualne

Brak upośledzenia 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Znaczne upośledzenie

KWESTIONARIUSZ CAGE-AID¹

CAGE-AID (Wypełnić tylko, jeśli dotyczy.)

Zastanów się nad swoim podejściem do alkoholu i nielegalnych narkotyków oraz sposobu, w jaki zażywałeś(-łaś) leki wydawane na receptę. Zaznacz odpowiedź, która najbardziej do Ciebie pasuje.

1. Czy kiedykolwiek czułeś(-łaś), że powinieneś/ powinnaś ograniczyć spożycie alkoholu lub zażywanie narkotyków? ☐ Tak ☐ Nie
2. Czy ludzie denerwowali Cię, krytykując Twoje spożycie alkoholu lub zażywanie narkotyków? ☐ Tak ☐ Nie
3. Czy kiedykolwiek czułeś(-łaś) się źle lub winny(-a) z powodu spożywania alkoholu lub zażywania narkotyków? ☐ Tak ☐ Nie
4. Czy kiedykolwiek spożywałeś(-łaś) alkohol lub zażywałaś(-eś) narkotyki z samego rana, żeby uspokoić nerwy lub pozbyć się kaca? ☐ Tak ☐ Nie





KWESTIONARIUSZ LĘKU UOGÓLNIONEGO (GAD 7)²

Jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni dokuczały Ci następujące problemy? (Zaznacz właściwą odpowiedź.)

	Wcale	Przez kilka dni	Więcej niż przez połowę tego okresu	Niemal każdego dnia
1. Czuł(a) się Pan(i) podenerwowany(a), niespokojny(a), mocno spięty(a)	0	1	2	3
2. Nie mógł(a) Pan(i) przestać się martwić albo zapanować nad tym	0	1	2	3
3. Za bardzo się Pan(i) martwił(a) różnymi rzeczami	0	1	2	3
4. Miał(a) Pan(i) trudności z relaksowaniem się	0	1	2	3
5. Był(a) Pan(i) tak niespokojny(a), że nie mógł(a) usiedzieć na miejscu	0	1	2	3
6. Łatwo stawał(a) się Pan(i) rozdrażniony(a) lub poirytowany(a)	0	1	2	3
7. Obawiał(a) się Pan(i), tak jakby miało się stać coś strasznego	0	1	2	3

_____ + _____ + _____ + _____
Suma punktów = _____

Jeśli zaznaczyłaś(-eś) którykolwiek z tych problemów, jak bardzo utrudniały one Tobie wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?

☐ W ogóle nie utrudniły ☐ Trochę utrudniły ☐ Bardzo utrudniły ☐ Niezmiernie utrudniły

KWESTIONARIUSZ ZDROWIA PACJENTA – PHQ-9^{*}

Jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni dokuczały Ci następujące problemy? (Zaznacz właściwą odpowiedź.)

	Wcale	Przez kilka dni	Kilka razy dziennie	Prawie codziennie
1. Nie odczuwam zainteresowania, ani przyjemności z wykonywania ogólnych czynności	0	1	3	4
2. Odczuwam smutek, przygnębienie lub beznadziejność	0	1	3	4
3. Mam trudności zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen	0	1	3	4
4. Mam uczucie zmęczenia lub brak energii	0	1	3	4
5. Mam zmniejszony apetyt lub nadmierną potrzebę jedzenia	0	1	3	4
6. Poczucie niezadowolenia z siebie — lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiodł Pan/ zawiodła Pani siebie lub rodzinę	0	1	3	4
7. Mam trudności ze skupianiem uwagi, np. podczas czytania gazet lub oglądania telewizji	0	1	3	4
8. Czy Twoje ruchy lub Twoja mowa były tak spowolnione, że inni zwracali na to uwagę? Albo wręcz przeciwnie — niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle	0	1	3	4
9. Myślę, iż śmierć byłaby lepszym rozwiązaniem lub myślę o wyrządzeniu sobie krzywdy	0	1	3	4

_____ + _____ + _____ + _____
Suma punktów = _____

Jeśli zaznaczyłaś(-eś) którykolwiek z tych problemów, jak bardzo utrudniały one Tobie wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?

☐ W ogóle nie utrudniły ☐ Trochę utrudniły ☐ Bardzo utrudniły ☐ Niezmiernie utrudniły

.....
Data

.....
Podpis Pacjenta

.....
Podpis Lekarza

2. Quelle: Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092

* Validierung erfolgt durch den behandelnden Arzt.

QUELLE: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

