

Дата \_\_\_\_\_ Дата выхода на больничный \_\_\_\_\_  
 Имя \_\_\_\_\_  
 Адрес \_\_\_\_\_  
 Телефон \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_

1. В каком году вы родились \_\_\_\_\_ 2. Ваш пол  Мужской  Женский

3. Семейный статус  В браке  Одинок(а)  Разведен (а)

4. Дети  Есть  Нет

5. Занятость

- Домашнее хозяйство  Безработный  Полная занятость  
 Больничный лист  Инвалидность из-за спины  Частичная занятость  
 Пенсионер (не связано с болью)  Инвалидность по другой причине

6. Ваши основные обязанности \_\_\_\_\_

7. Как влияет боль на возможность работать \_\_\_\_\_

8. Как долго вы отсутствовали на работе за последние 18 месяцев (один ответ)

- 0  1-2  3-7  8-14  15-30  1  2  3-6  6-12  более  
 дней дня дней дней дней месяц месяца месяцев месяцев 1 года

Как долго вы испытываете боли в целом(выберите один ответ)

- 0  1-2  3-7  8-14  15-30  1  2  3-6  6-12  более  
 дней дня дней дней дней месяц месяца месяцев месяцев 1 года

Если сейчас у вас ухудшение, как долго оно длится (выберите один ответ)

- 0  1-2  3-7  8-14  15-30  1  2  3-6  6-12  более  
 дней дня дней дней дней месяц месяца месяцев месяцев 1 года

Как быстро возникла боль

- Резко, одномоментно  Быстро (в течение суток)  
 Постепенно  Сейчас нет обострения

Связываете ли вы появление боли с каким-либо событием?

- Поднял тяжесть  Неловко наклонился или повернулся  
 После операции  После болезни  
 На фоне стресса  Без причин  
 Инцидент на работе  На работе без явной причины  
 Другое \_\_\_\_\_



Оцените выраженность **самой сильной** боли за сутки- спина

Боли нет 

Боль невыносимая

Оцените выраженность **самой сильной** боли за сутки- нога  правая  левая

Боли нет 

Боль невыносимая

Оцените выраженность **наименьшей** боли за сутки- спина

Боли нет 

Боль невыносимая

Оцените выраженность **наименьшей** боли за сутки- нога  правая  левая

Боли нет 

Боль невыносимая

Оцените выраженность боли **в среднем** за сутки- спина

Боли нет 

Боль невыносимая

Оцените выраженность боли **в среднем** за сутки- нога  правая  левая

Боли нет 

Боль невыносимая

Оцените выраженность боли **в среднем** за последние 3 месяца - спина

Боли нет 

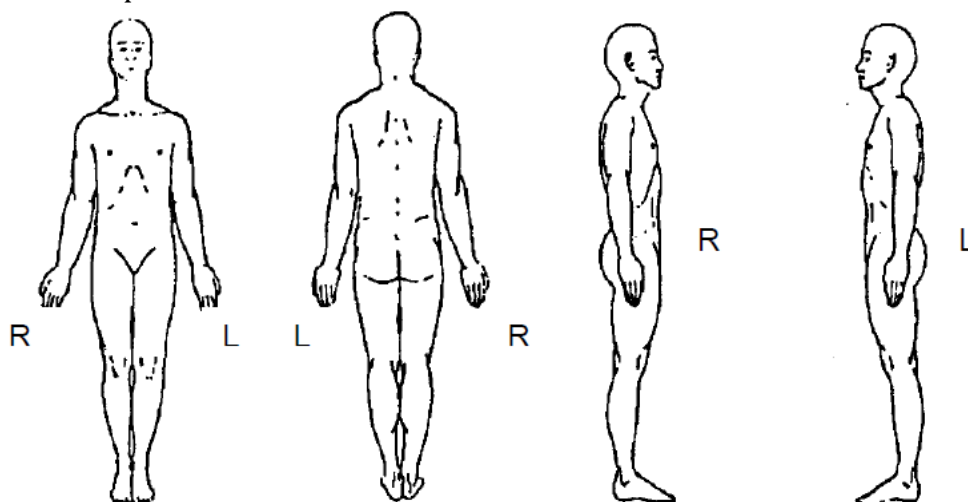
Боль невыносимая

Выраженность боли **в среднем** за последние 3 мес нога  правая  левая

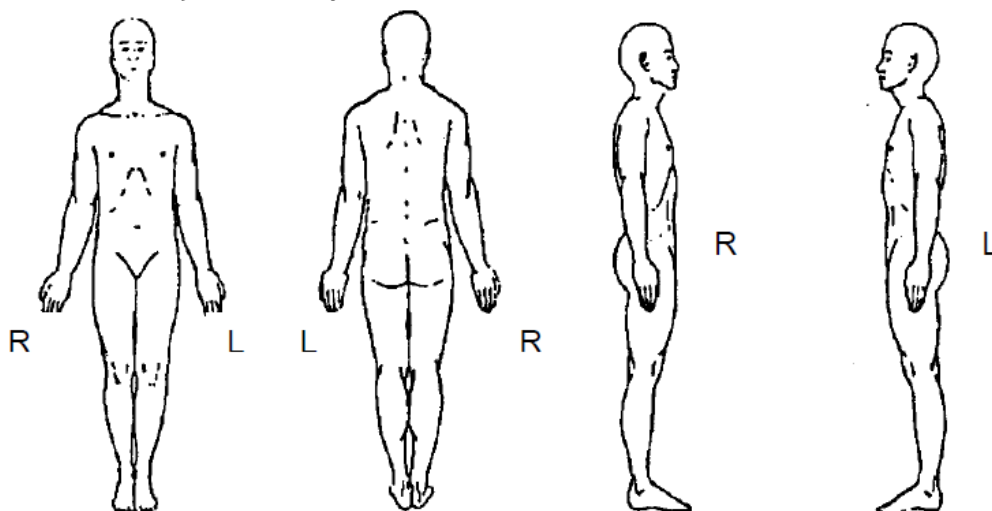
Боли нет 

Боль невыносимая

Нарисуйте место, в котором вы ощущаете боль. Если боль беспокоит в нескольких местах, отметьте самое болезненное и то, которое идет на втором месте. Если вы чувствуете, что боль распространяется из какого-то места, можно указать это стрелками.



Есть ли другие ощущения помимо боли (ползание мурашек, потеря чувствительности). Если да, укажите, какие и где





Если ли слабость или потеря силы в ногах

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | Справа                   | Слева                    |
| Слабость сгибания или разгибания бедра            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Слабость сгибания или разгибания голени           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Трудно стоять на пятке или согнуть на себя пальцы | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Трудно встать на носок                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Другое _____             |                          |                          |

Использовали ли вы следующие методы лечения

|   | Эффект                   |                          |                          |                          | Комментарий |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
|   | Есть                     | Был раньше               | Нет                      | Стало хуже               |             |
| Лекарства   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Операция  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Эпидуральные инъекции   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Инъекции к суставам позвоночника                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Инъекции триггерных пунктов   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Блокады нервов  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Стимуляция спинного мозга   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Массаж  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Упражнения  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Мануальная терапия  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Тракция   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Пассивное лечение (мягкий массаж, ультразвук, магнит, тепло, холод) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Водные процедуры  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Водный спорт  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Воздействие на триггерные зоны                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Ортезы (корсет)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Электростимуляция   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Биообратная связь, релаксация                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Йога  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Гипноз  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Психотерапия  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Групповая терапия   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Другое  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |

Есть проблемы с мочеиспусканием

- Нет  Недержание  
 Затруднение  Онемение в промежности

Есть ли следующие симптомы

- Повышенная температура  Снижение веса  
 Потливость, озноб  Слабость, утомляемость  
 Скованность в теле, которая уменьшается после разминки

Какое обследование вам делали?

- Рентгенография  МРТ  КТ  
 Миелография  Сканирование  Электромиография  
 Анализы  
 Другое \_\_\_\_\_

Какие лекарства вы сейчас принимаете?

| Наименование | Доза | Как давно | Показание | Есть ли эффект |
|--------------|------|-----------|-----------|----------------|
|              |      |           |           |                |
|              |      |           |           |                |
|              |      |           |           |                |
|              |      |           |           |                |
|              |      |           |           |                |
|              |      |           |           |                |
|              |      |           |           |                |

Ожидаете ли вы какого-то определенного вида лечения? Если да, то какого?

\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания или симптомы (подчеркните или допишите)

- Глаз (нарушение зрения, покраснение, слезотечение, светобоязнь) \_\_\_\_\_  
 Желудочно-кишечного тракта?+ \_\_\_\_\_  
 Эндокринной системы? \_\_\_\_\_  
 Изменения на коже? \_\_\_\_\_  
 Сердца (боли за грудиной, сердцебиение, одышка, гипертония) \_\_\_\_\_  
 Мочевыделительной системы (императивные позывы, недержание, рези, кровь в моче) \_\_\_\_\_  
 Нервной системы (головокружение, тремор, изменение чувствительности, нарушение речи, слабость отдельных мышц) \_\_\_\_\_  
 Уха, горла, носа? \_\_\_\_\_  
 Дыхательной системы? \_\_\_\_\_  
 Мышц? \_\_\_\_\_  
 Депрессия  тревога  бессонница  потеря памяти?

