

Анкета результатів QUIPS

Шановна пацієнтко / шановний пацієнте!

Оскільки Ви погодилися взяти участь у опитуванні, просимо Вас заповнити дану анкету. Щиро дякуємо.

Наступні питання стосуються відчуття Вами **болю після операції**.

1. Наскільки сильний післяопераційний біль Ви відчували під час фізичних навантажень, наприклад, пересування, рухів, миття, кашлю, глибокого дихання?

Будь ласка, позначте хрестиком число на шкалі, яке відповідає рівню Вашого болю під час навантажень.

(«0» означає відсутність болю, а «10» — найсильніший біль, який можна уявити).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Відсутність болю					Найсильніший біль, який можна уявити					

2. Будь ласка, позначте найсильніший біль, який Ви відчували після операції:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Відсутність болю					Найсильніший біль, який можна уявити					

3. Будь ласка, позначте найменший біль, який Ви відчували після операції:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Відсутність болю					Найсильніший біль, який можна уявити					

Наступні чотири питання стосуються того, чи впливає **біль** на певні види Вашої діяльності або Ваш настрій після операції.

Під «впливає» мається на увазі: діяльність стала **неможливою** або **виконується лише з великими зусиллями**.

Чи заважає Вам біль під час:

4. руху?

Так Ні

5. кашлю або глибокого вдиху?

Так Ні

6. сну?

Так Ні

7. Чи погіршує він Ваш настрій?

Так Ні

8. Чи відчували Ви після операції сильну втому?

Так Ні

9. Чи відчували Ви після операції напади нудоти?

Так Ні

10. Чи бували у Вас після операції запаморочення?

Так Ні

11. Чи було Вас проінформовано щодо можливостей знеболювальної терапії у вашому випадку?

Так Ні

12. Чи брали Ви участь у прийнятті рішень щодо Вашої знеболювальної терапії в бажаній вами мірі?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Жодною мірою

Цілком достатньо

13. Чи бажали б Ви отримувати БІЛЬШЕ знеболювальної терапії, ніж фактично отримали?

Так Ні

14. Будь ласка, позначте, наскільки Ви задоволені результатами вашої знеболювальної терапії після операції:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Абсолютно
незадоволений(
-а)

Дуже
задоволений(-а)

15. Чи відчували Ви постійний біль, що тривав три місяці або довше, до моменту Вашого звернення до лікарні з приводу цієї операції?

Так Ні

а. Якщо так, наскільки сильним був цей біль у більшості випадків?

Будь ласка, позначте величину, яка найкраще відображає інтенсивність Вашого болю.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Відсутність
болю

Найсильніший біль,
який можна уявити

б. Якщо так, де виникав цей постійний біль?

- на прооперованій ділянці тіла
- в іншій частині тіла
- обидва варіанти (прооперована ділянка та інші частини тіла)

16. У наступних запитаннях знову йдеться про відчуття вами болю після операції. Питання стосуються лише болю на прооперованій ділянці тіла.

а. Чи можна описати біль наступним чином?

- Пекучий Так Ні
- Як болючий холод Так Ні
- Як удари електричним струмом Так Ні

б. Чи виникають разом із болем на тій самій ділянці тіла наступні симптоми?

- Поколювання («мурашки») Так Ні
- Колючий біль (як тисяча уколів голкою) Так Ні
- Оніміння Так Ні
- Свербіж Так Ні

Заповнюється опитувачем:

Пацієнта було опитано:

Так Ні