



Załącznik nr 5 do Umowy współpracy w zakresie ogólnopolskiego programu profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów.

Ankieta przesiewowa pacjenta Nr...../POZ/.....rok¹
(¹uzupełniane przez RCWDR)

1. KWESTIONARIUSZ DLA PACJENTA

DATA WYPEŁNIENIA

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

IMIĘ i NAZWISKO												
PESEL												
DATA URODZENIA												
PLĘĆ	<input type="radio"/> KOBIEТА					<input type="radio"/> MĘŻCZYŻNA						

POCZĄTEK OBJAWÓW (DATA LUB ROK)

PYTANIE	TAK	NIE
1. Czy odczuwasz ból stawów?		
2. Czy odczuwasz ból nadgarstków/rąk?		
3. Czy Twoje nadgarstki/ręce są spuchnięte (obrzęknięte)?		
4. Czy Twoje stawy są sztywne rano? Czy odczuwasz sztywność poranną?		
5. Czy masz problem z zaciśnięciem ręki w pięść?		
6. Czy od obudzenia się rano mija więcej niż 1 godzina zanim Twoje stawy poruszają się swobodnie?		
7. Czy te same stawy zajęte są po obu stronach ciała?		
8. Czy problemy ze stawami mają wpływ na Twoją aktywność życiową? Czy masz problemy z samoobsługą, wypoczynkiem lub zmieniłeś swoją aktywność zawodową?		
9. Czy kiedykolwiek ktoś powiedział Ci, że chorujesz na reumatoidalne zapalenie stawów?		
10. Czy ktoś w rodzinie ma/miał reumatoidalne zapalenie stawów (tzw. gościec)?		
11. Czy rozpoznane u Ciebie zmiany na skórze określono jako łuszczycę?		

UDZIELIŁEM PRZYNAJMNIEJ 6 ODPOWIEDZI „TAK” - WYNIK DODATNI

UDZIELIŁEM MNIEJ NIŻ 6 ODPOWIEDZI „TAK” - WYNIK UJEMNY

.....
(podpis uczestnika projektu)