

Spine Care Group

Specialisti per la Cura della Colonna Vertebrale

Responsabile. Dott. Marco Brayda-Bruno

Associati: Dott. Alessio Lovi, Dott. Andrea Luca, Dott. ssa Lisa Babbi

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'INTENSITA' DEL DOLORE E DELLA QUALITA' DI VITA

Gentile Signora/e,

i questionari di seguito riportati hanno lo scopo di valutare il Suo dolore e qualità di vita in relazione ai disturbi della colonna vertebrale.

Tali questionari Le verranno sottoposti periodicamente e rappresentano un utile strumento per quantificare le variazioni della Sua sintomatologia nel tempo conseguente alle terapie effettuate.

La preghiamo, gentilmente, di compilare la parte sottostante riguardante i Suoi dati anagrafici.

COGNOME.....NOME

DATA DI NASCITA/...../.....

VIA.....LOCALITA'.....CAP.....PROV.....

TELEFONO.....

DATA/...../.....

FIRMA.....

Legga, per cortesia, le seguenti 10 categorie inerenti la vita quotidiana e indichi, per ciascuna categoria, la condizione che più corrisponde alla Sua situazione attuale.

1. Intensità del dolore

- 0. Al momento non ho dolore.
- 1. Al momento il dolore è molto lieve.
- 2. Al momento il dolore è discreto.
- 3. Al momento il dolore è piuttosto forte.
- 4. Al momento il dolore è molto forte.
- 5. Al momento il dolore è il massimo del dolore immaginabile.

2. Cure personali (lavarsi, vestirsi, etc...)

- 0. Posso accudire me stesso senza dolore.
- 1. Posso accudire me stesso normalmente ma ciò causa un aumento importante del dolore.
- 2. Accudire me stesso mi è gravoso e devo essere prudente ed attento.
- 3. Ho bisogno di qualche aiuto ma riesco a sbrigare la maggioranza delle mie cure personali.
- 4. Ho bisogno di aiuto tutti i giorni per sbrigare la maggioranza delle mie cure personali.
- 5. Non riesco a vestirmi, mi lavo con difficoltà e sto prevalentemente a letto.

3. Sollevare pesi

- 0. Posso sollevare oggetti pesanti senza dolore.
- 1. Posso sollevare oggetti ma ciò causa un aumento del dolore.
- 2. Il dolore mi impedisce di sollevare oggetti pesanti dal pavimento, ma riesco a farlo se questi sono convenientemente posizionati (ex. sul tavolo).
- 3. Il dolore mi impedisce di sollevare oggetti pesanti dal pavimento, ma posso sollevare oggetti leggeri o non pesanti se questi sono convenientemente posizionati.
- 4. Posso sollevare solo oggetti leggeri.
- 5. Non posso sollevare né portare nessun tipo di oggetto.

4. Camminare

- 0. Il dolore non mi impedisce di camminare e percorrere qualsiasi tipo di distanza.
- 1. Il dolore mi impedisce di camminare per più di un chilometro.
- 2. Il dolore mi impedisce di camminare per più di 250 metri.
- 3. Il dolore mi impedisce di camminare per più di 100 metri.
- 4. Posso camminare solo con l'uso di un bastone o di stampelle.
- 5. Sto per la maggior parte del tempo a letto e devo camminare lentamente per raggiungere il bagno.

5. Sedersi

- 0. Posso sedermi su ogni tipo di sedia e posso rimanerci quanto voglio.
- 1. Posso solo sedermi sulla mia sedia "preferita" e posso rimanerci quanto voglio.
- 2. Il dolore mi impedisce di stare seduto per più di un'ora.
- 3. Il dolore mi impedisce di stare seduto per più di 30 minuti.
- 4. Il dolore mi impedisce di stare seduto per più di un 10 minuti.
- 5. Il dolore mi impedisce assolutamente di sedermi.

6. Stare in piedi

- 0. Posso stare in piedi quanto voglio senza dolore.
- 1. Posso stare in piedi quanto voglio ma ciò causa un aumento del dolore.
- 2. Il dolore mi impedisce di stare in piedi per più di un'ora.
- 3. Il dolore mi impedisce di stare in piedi per più di 30 minuti.
- 4. Il dolore mi impedisce di stare in piedi per più di 10

minuti.

- 5. Il dolore mi impedisce assolutamente di stare in piedi.

7. Dormire

- 0. Il dolore non mi impedisce di dormire bene.
- 1. Il mio sonno viene disturbato ogni tanto dal dolore.
- 2. A causa del dolore dormo meno di 6 ore.
- 3. A causa del dolore dormo meno di 4 ore.
- 4. A causa del dolore dormo meno di 2 ore.
- 5. Il dolore mi impedisce di dormire del tutto.

8. Vita sessuale (se influenzata dal dolore)

- 0. La mia vita sessuale è normale senza che ciò causi un aumento del dolore.
- 1. La mia vita sessuale è normale ma ciò causa un aumento del dolore.
- 2. La mia vita sessuale è quasi normale ma ciò causa molto dolore.
- 3. La mia vita sessuale è notevolmente limitata dal dolore.
- 4. La mia vita sessuale è quasi assente a causa del dolore.
- 5. Il dolore non mi permette nessuna vita sessuale.

9. Vita sociale

- 0. La mia vita sociale è normale e non mi provoca dolore.
- 1. La mia vita sociale è normale ma ciò causa un aumento del dolore.
- 2. Il dolore non ha effetti sulla mia vita sociale eccetto che sulle mie attività più dispendiose (ex. sport).
- 3. Il dolore limita la mia vita sociale e non esco di case spesso.
- 4. Il dolore ha costretto la mia vita sociale a casa.
- 5. Non ho nessuna vita sociale a causa del dolore.

10. Viaggiare

- 0. Posso viaggiare in ogni luogo senza dolore.
- 1. Posso viaggiare in ogni luogo ma con dolore.
- 2. Il dolore è forte ma posso viaggiare per più di due ore.
- 3. Il dolore mi impedisce di viaggiare per più di un ora.
- 4. Il dolore mi impedisce di viaggiare per più di un trenta minuti e solo per le faccende strettamente necessarie.
- 5. Il dolore mi impedisce di viaggiare se non per andare dal medico o all'ospedale.

Utilizzando una scala da 0 a 10, ove 0 significa "assenza di dolore" e 10 significa "massimo

dolore che Lei conosca”, indichi con un punto l’intensità del Suo dolore alla colonna vertebrale.

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

Allo stesso modo, **se dovesse avere anche dolore alla/e gamba/e in relazione ai disturbi della colonna vertebrale**, ne indichi l’intensità.

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

Nell’area seguente può esporre qualsiasi commento che Lei ritiene opportuno in merito al Suo stato di Salute e/o commento riguardante l’assistenza ricevuta.

.....

La parte seguente è da compilare solo se Lei è già stato/a sottoposto/a ad un intervento chirurgico.

Completivamente giudica il risultato dell’intervento:				
Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente	Cattivo

Parte riservata al Medico

Patologia.....
Eventuale intervento:
Data / /
Tipo
Note.....
PUNTEGGIO ODI% PUNTEGGIO VAS back..... VAS leg.....
P.S. Punteggio ODI = total score X 2 (se sezioni non risposte il Punteggio ODI = [total score / 5 x N° sezioni risposte] x 100