

Pacjent: _____

Data: _____

OCENA SPRAWNOŚCI NADGARSTKA DOKONANA PRZEZ PACJENTA PATIENT RATED WRIST EVALUATION (PRWE)

Poniższe pytania pomogą nam zrozumieć jakie dolegliwości sprawiał Panu/Pani chory nadgarstek w ciągu ostatniego tygodnia. Proszę opisać **średnią ocenę** objawów **w ciągu ostatniego tygodnia** w skali od 0 do 10. Proszę odpowiedzieć na **wszystkie** pytania. Jeśli dana czynność nie była wykonywana, proszę **ocenić ewentualną** trudność lub ból, które by sprawiła. Jeśli dana czynność nie była **nigdy** wykonywana, można pozostawić puste pole.

1. BÓL											
Proszę ocenić nasilenie bólu nadgarstka odczuwanego w ciągu ostatniego tygodnia, zakreślając cyfrę, która najlepiej opisuje ból w skali od 0 do 10. Zero (0) oznacza brak bólu, natomiast dziesięć (10) oznacza największy dotychczas odczuwany ból lub ból uniemożliwiający wykonanie czynności .											
OCENA BÓLU: Przykładowa skala ->	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Brak bólu					Największy odczuwany ból					
W spoczynku	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wykonując wielokrotne ruchy nadgarstkiem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Podnosząc ciężki przedmiot	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
W momencie, gdy boli najmocniej	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Jak często odczuwany jest ból?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Nigdy					Zawsze					
2. FUNKCJA											
A. KONKRETNE CZYNNOŚCI											
Proszę ocenić stopień trudności , jaki w ciągu ostatniego tygodnia sprawiło wykonywanie poniżej wymienionych zadań, zakreślając odpowiednią cyfrę w skali od 0 do 10. Zero (0) oznacza brak trudności przy wykonywaniu czynności, natomiast dziesięć (10) oznacza trudność uniemożliwiającą wykonanie czynności.											
OCENA BÓLU: Przykładowa skala ->	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Brak trudności					Niemożliwe do wykonania					
Naciskanie kłamki chorą ręką	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Krojenie mięsa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Zapinanie guzików koszuli	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Podpieranie się chorą ręką przy podnoszeniu z krzesła	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dźwiganie 5kg w chorej ręce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Używanie papieru toaletowego chorą ręką	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B. CODZIENNE CZYNNOŚCI											
Proszę ocenić stopień trudności , którą w ciągu ostatniego tygodnia sprawiło wykonywanie poniżej wymienionych codziennych czynności, zakreślając odpowiednią cyfrę w skali od 0 do 10. Przez „codzienne czynności” rozumiemy takie które wykonywano przed wystąpieniem problemów z nadgarstkiem. Zero (0) oznacza brak trudności, natomiast dziesięć (10) oznacza trudność uniemożliwiającą wykonanie czynności.											
Czynności związane z higieną osobistą (ubieranie się, mycie)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prace domowe (sprzątanie, naprawy)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Praca (zawodowa lub codzienne zajęcia)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Rekreacja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10