

Тест PRWE ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОМ СОСТОЯНИЯ ЗАПЯСТЬЯ

ИМЯ: _____ ПОДПИСЬ: _____ ДАТА: _____

Этот вопросник поможет врачу понять, насколько Вас беспокоило запястье в течение прошедшей недели. Вам потребуется описать среднюю выраженность болезненных симптомов в течение последней недели по шкале от 0 до 10. Пожалуйста, ответьте на ВСЕ вопросы. Если описанных действий в течение последней недели Вы не выполняли, пожалуйста ОЦЕНИТЕ боль или трудности которые Вы могли бы испытать выполняя их. Если данные действия Вы никогда в жизни не выполняли, не отвечайте на этот вопрос.

БОЛЬ - Оцените среднюю выраженность боли в запястье, которую Вы испытывали за последнюю неделю. Обведите цифру на шкале 0-10. Ноль (0) означает, что Вы совсем не испытывали боли, а десять (10) – что была самая сильная боль в Вашей жизни или что Вы не могли выполнить данное действие из-за боли.

ОЦЕНИТЕ БОЛЬ: Пример шкалы

	Нет боли										Самая сильная боль											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
В покое																						
Когда Вы делаете что-то, что требует повторяющегося движения запястья																						
При поднятии тяжелых предметов																						
Когда боль была самой сильной в течение последней недели																						
Как часто Вы испытываете боль?																						
	Никогда										Постоянно											

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

А. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ - Оцените, насколько Вам было трудно в течение прошедшей недели выполнять действия, описанные ниже, и обведите соответствующую цифру на шкале от 0 до 10. Ноль (0) означает, что трудности не было, а десять (10) – что было так трудно, что выполнить действие не удалось.

	Трудности не было										Не удалось выполнить											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
При поворачивании дверной ручки больной рукой																						
При разрезании мяса ножом (больной рукой)																						
При застегивании пуговиц на рубашке																						
При вставании со стула/кресла, опираясь на больную руку																						
При переноске предмета весом около 5 кг в больной руке																						
При использовании туалетной бумаги																						

В. ПОВСЕДНЕВНЫЕ ВИДЫ ДЕЙСТВИЙ - Оцените, насколько Вам было трудно в течение прошедшей недели выполнять повседневные действия, описанные ниже, и обведите соответствующую цифру на шкале от 0 до 10. Ноль (0) означает, что трудности не было, а десять (10) – что было так трудно, что выполнить действие не удалось.

	Трудности не было										Не удалось выполнить											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Действия, связанные с уходом за собой (одевание, мытье)																						
Домашние обязанности (уборка, ремонт)																						
Работа (Ваша профессиональная деятельность или ежедневные обязанности)																						
Активность, связанная с отдыхом																						