



# KWESTIONARIUSZ PACJENTA

dotyczący ewentualnego przepisania medycznej marihuany

## INFORMACJE O MNIE

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Płeć:  M  K  
Imiona: \_\_\_\_\_ Czy jesteś obecnie w ciąży lub karmisz piersią?  Tak  Nie  
Ulica: \_\_\_\_\_ Wzrost: \_\_\_\_\_ Waga: \_\_\_\_\_  
Kod pocztowy, miejscowość: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Postawione diagnozy: \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę, aby celem uzgodnienia mojego leczenia, kontaktować się ze mną drogą elektroniczną (zgodnie z art. 6 ust. 1 a RODO):

Tak  Nie

## MOI LEKARZE I TERAPEUCI, LEKARZ RODZINNY/SPECJALISTA

### Nazwisko, adres

Lekarz rodzinny: \_\_\_\_\_

Internista: \_\_\_\_\_

Neurolog: \_\_\_\_\_

Terapeuta bólu: \_\_\_\_\_

Inni: \_\_\_\_\_

## MOJA OBECNA SYTUACJA ŻYCIOWA

Czy obecnie jesteś niezdolna(-y) do pracy?  Tak  Nie Jeśli tak, to od kiedy? \_\_\_\_\_

Upośledzenia: \_\_\_\_\_ Czy posiadasz stopień niepełnosprawności (GdB)?  Tak  Nie

Czy masz ubytek słuchu?  Tak  Nie

## INFORMACJE O ZWYCZAJACH ŻYCIOWYCH

- Czy pracujesz?  Tak  Nie
- Czy praca sprawia Ci przyjemność?  Tak  Nie
- Czy choroba przeszkadza Ci w pracy lub czy z powodu choroby nie jesteś zdolna(-y) do pracy?  Tak  Nie
- Czy palisz papierosy?  Tak  Nie
- Czy regularnie spożywasz alkohol?  Tak  Nie
- Czy uprawiasz sport?  Tak  Nie
- Czy odżywasz się w sposób zbilansowany?  Tak  Nie

Wypełnia personel gabinetu:

Jeśli tak, to ile (papierosów dziennie)? \_\_\_\_\_

Jeśli tak, to ile (kieliszków dziennie)? \_\_\_\_\_

## WCZEŚNIEJSZE CHOROBY I OBJAWY

### 1. Wcześniejsze choroby i objawy (Podkreśl wszystko, co dotyczy Ciebie)

- Choroby serca i układu krążenia** (np. choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, niewydolność serca)
- Chroniczne bóle/nerwobóle** (np. ból pleców, stawów, fibromialgia, bóle nowotworowe, migrena, ból głowy)
- Ból pleców** po operacji
- Choroby neurologiczne** (np. ALS, stwardnienie rozsiane ze spastycznością, padaczka, choroba Parkinsona, zespół Tourette'a)
- Przewlekłe choroby zapalne** (np. wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Crohna, RZS)
- Inne choroby reumatyczne**
- Nowotwory**
- Bezsennaść/zaburzenia zasypiania/przerywany sen**
- Utrata apetytu**
- Przewlekłe choroby zakaźne** (np. HIV)
- Schorzenia psychiatryczne** (np. ADHD, zaburzenia lękowe, PTSD, hiperaktywność, depresja)
- Inne**

Wypełnia personel gabinetu:

Od kiedy? \_\_\_\_\_

Data operacji? \_\_\_\_\_

Od kiedy występują bóle? \_\_\_\_\_

Od kiedy? \_\_\_\_\_

Jeśli tak, to jakie? \_\_\_\_\_

## 2. Historia chorób w rodzinie – wcześniejsze choroby rodziców/rodzeństwa

Choroba serca    Choroba płuc    Nowotwory    Zdrowie psychiczne

Inne: \_\_\_\_\_

## 3. Negatywny wpływ (Zaznacz, jeśli Twoje choroby i objawy mają negatywny wpływ na:)

Sen    Apetyt    Zachowanie społeczne    Pracę    Jakość życia

## DOTYCHCZAS PRZEPROWADZONE LECZENIE

### Inne przeprowadzone lub będące w trakcie leczenia (Zaznacz wszystko, co dotyczy Ciebie)

Fizykoterapia/fizjoterapia/masaż    Chiropraktyka/akupunktura  
 Suplementy pokarmowe    Leczenie niekonwencjonalne

Inne: \_\_\_\_\_

## OBECNIE I WCZEŚNIEJ PRZYJMOWANE LEKI

### 1. Obecnie przyjmowane leki (W poniższej tabeli podaj nazwy wszystkich obecnie przyjmowanych przez Ciebie leków np. leków przeciwbólowych, leków przeciwnadciśnieniowych, itp.)

Nazwa leku <i>Podaj dokładną dawkę i moc mg/ml</i>	Lek przyjmuję regularnie				Lek przyjmuję tylko doraźnie <i>Zaznacz, jeśli dotyczy</i>
	Rano	W południe	Wieczorem	Późno wieczorem	

**2. Wcześniej przyjmowane leki** (Podaj tutaj leki przeciwbólowe, które przyjmowałeś(-eś) wcześniej. Oceń także ich skuteczność i ewentualne działania niepożądane.)

Wcześniejsze leki	Skuteczne? (zaznacz)			Działania niepożądane? (zaznacz)		
	Tak	Trochę	Nie	Tak	Nie	Jeśli tak, to jakie?

Podczas stosowania jakiego leku odczuwałeś(-eś) najsilniejsze działania niepożądane lub nietolerancje?

**3. Czy masz alergię na jakieś leki?**

Tak  Nie

Jeśli tak, to na jakie? \_\_\_\_\_

## KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY BÓLU

### Moduł I: Przyczyny bólu

Czemu przypisujesz odczuwane bóle?  
(możliwy wybór wielokrotny)

- Nie dostrzegam ich przyczyny \_\_\_\_\_
- Konkretniej chorobie \_\_\_\_\_
- Operacji;  
Data operacji (dzień/miesiąc/rok): \_\_\_\_\_
- Wypadkowi;  
Data wypadku (dzień/miesiąc/rok): \_\_\_\_\_
- Obciążeniu fizycznemu \_\_\_\_\_
- Obciążeniu psychicznemu \_\_\_\_\_
- Stresowi (zawodowemu/prywatnemu/innemu) \_\_\_\_\_
- Innej przyczynie, jakiej? \_\_\_\_\_

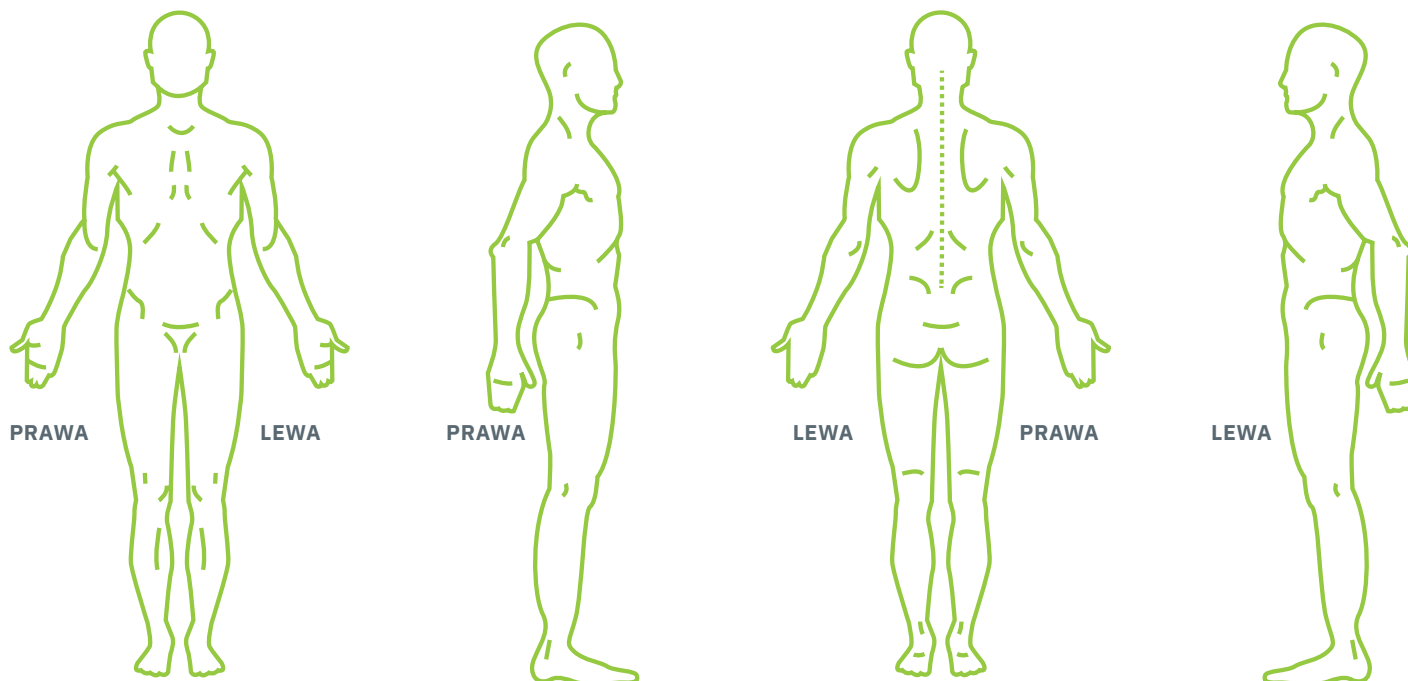
Wypełnia personel gabinetu:

Jeśli tak, to jakiej? \_\_\_\_\_

Jeśli tak, to jakiej? \_\_\_\_\_

Jeśli tak, to jakiego? \_\_\_\_\_

1. Na poniższym rysunku zacieniuj obszary, w których odczuwasz ból. Zaznacz „X”-em miejsce, w którym boli Cię najbardziej.



2. Zaznacz kółkiem liczbę, która określa najsilniejszy ból, jaki odczuwałeś(-eś) w ciągu ostatnich 24 godzin:

Brak bólu   0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10   **Najsilniejszy wyobrażalny ból**

3. Intensywność dolegliwości:  
Od kiedy występują te bóle?

- Krócej niż 1 miesiąc    Od 1 do 6 miesięcy    Dłużej niż 6 miesięcy  
 Dłużej niż 1 rok    Dłużej niż 5 lat    Dłużej niż 10 lat

4. Czas trwania/występowania bólu:

Które z tych stwierdzeń najlepiej opisuje Twoje bóle w ciągu ostatnich 4 tygodni? (wybierz tylko jedno stwierdzenie!)

- Stały ból z niewielkimi wahaniami  
 Ból napadowy, a pomiędzy napadami okresy bezbolesne

Przeciętnie, jak często dochodzi do tych ataków?    Prawie codziennie    Co tydzień    Sporadycznie

Kiedy występują te bóle?    Rano    W południe    Po południu    Wieczorem    W nocy

5. Czy na skutek swojego zdrowia fizycznego w ciągu ostatnich 4 tygodni miałeś(-eś) następujące problemy w pracy lub innych codziennych czynnościach?

- Nie, nigdy    Tak, rzadko    Tak, czasami    Tak, przeważnie    Tak, zawsze

6. Ból jest:    Tępy    Uciskający    Kłujący    Ciągący    Uderzający    Piekący    Pulsujący

**7. Podaj poniżej natężenie swojego bólu.***Na poniższych skalach, zaznacz, jak silny jest odczuwany przez Ciebie ból (przy stosowaniu zwykłych leków).***a) Aktualne natężenie bólu:**

<b>Brak bólu</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Najsilniejszy wyobrażalny ból</b>
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------------

**b) Przeciętne natężenie bólu w ciągu ostatnich 4 tygodni:**

<b>Brak bólu</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Najsilniejszy wyobrażalny ból</b>
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------------

**c) Największe natężenie bólu w ciągu ostatnich 4 tygodni:**

<b>Brak bólu</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Najsilniejszy wyobrażalny ból</b>
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------------

**8. Przez ile dni w ostatnich miesiącach nie mogłaś(-eś) z powodu bólu realizować zwykłych aktywności (np. szkoła, studia, zawód, czynności domowe)?** Przez około \_\_\_\_\_ dni.

**9. Zaznacz kółkiem liczbę, która określa stopień, w jakim ból przeszkadzał w następujących aktywnościach.****a) Ogólna aktywność/dzienna rutyna**

<b>Brak upośledzenia</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Znaczne upośledzenie</b>
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

**b) Jakakolwiek aktywność, którą chciałaś(-eś) zrealizować. Nazwa aktywności:**

<b>Brak upośledzenia</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Znaczne upośledzenie</b>
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

**c) Nastrój**

<b>Brak upośledzenia</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Znaczne upośledzenie</b>
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

**d) Zdolność chodzenia**

<b>Brak upośledzenia</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Znaczne upośledzenie</b>
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

**e) Korzystanie z życia**

<b>Brak upośledzenia</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Znaczne upośledzenie</b>
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

**f) Relacje z innymi ludźmi**

<b>Brak upośledzenia</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Znaczne upośledzenie</b>
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

**g) Obowiązki rodzinne lub domowe**

<b>Brak upośledzenia</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Znaczne upośledzenie</b>
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

**h) Twoja praca/studia**

<b>Brak upośledzenia</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Znaczne upośledzenie</b>
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

**i) Sen**

<b>Brak upośledzenia</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Znaczne upośledzenie</b>
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

## KWESTIONARIUSZ CAGE-AID<sup>1</sup>

### CAGE-AID (wypełnić tylko, jeśli dotyczy)

Zastanów się nad swoim podejściem do alkoholu i nielegalnych narkotyków i sposobu, w jaki zażywałeś(-eś) leki na receptę. Zaznacz odpowiedź, która najbardziej do Ciebie pasuje.

1. Czy kiedykolwiek czułeś(-eś), że powinnaś/powinieneś ograniczyć spożycie alkoholu lub zażywanie narkotyków?  Tak  Nie
2. Czy ludzie denerwowali Cię, krytykując Twoje spożycie alkoholu lub zażywanie narkotyków?  Tak  Nie
3. Czy kiedykolwiek czułeś(-eś) się źle lub winna(-y) z powodu spożywania alkoholu lub zażywania narkotyków?  Tak  Nie
4. Czy kiedykolwiek spożywałeś(-eś) alkohol lub zażywałeś(-eś) narkotyki z samego rana, żeby uspokoić nerwy lub pozbyć się kaca?  Tak  Nie

## KWESTIONARIUSZ LĘKU UOGÓLNIONEGO (GAD-7)<sup>2</sup>

Jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni dokuczały Ci następujące problemy? (Zaznacz właściwą odpowiedź)

	Wcale	Przez kilka dni	Więcej niż przez połowę tego okresu	Niemal każdego dnia
1. Czuł(a) się Pan(i) podenerwowany(a), niespokojny(a), mocno spięty(a)	0	1	2	3
2. Nie mógł(a) Pan(i) przestać się martwić albo zapanować nad tym	0	1	2	3
3. Za bardzo się Pan(i) martwił(a) różnymi rzeczami	0	1	2	3
4. Miał(a) Pan(i) trudności z relaksowaniem się	0	1	2	3
5. Był(a) Pan(i) tak niespokojny(a), że nie mógł(a) usiedzieć na miejscu	0	1	2	3
6. Łatwo stawał(a) się Pan(i) rozdrażniony(a) lub poirytowany(a)	0	1	2	3
7. Obawiał(a) się Pan(i), tak jakby miało się stać coś strasznego	0	1	2	3

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Suma punktów = \_\_\_\_\_

Jeśli zaznaczyłaś(-eś) którykolwiek z tych problemów, jak bardzo utrudniały one Tobie wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?

- W ogóle nie utrudniły  Trochę utrudniły  Bardzo utrudniły  Niezmiernie utrudniły

1 Quelle: Ewing JA. Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire. JAMA. 1984;252(14):1905–1907. doi:10.1001/jama.1984.03350140051025

2 Quelle: Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092

## KWESTIONARIUSZ ZDROWIA PACJENTA PHQ-9\*

Jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni dokuczały Ci następujące problemy?

(Obwiedź kółkiem właściwą odpowiedź)

	Wcale	Przez kilka dni	Kilka razy dziennie	Prawie codziennie
1. Nie odczuwam zainteresowania, ani przyjemności z wykonywania ogólnych czynności	0	1	2	3
2. Odczuwam smutek, przygnębienie lub beznadziejność	0	1	2	3
3. Mam trudności z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen	0	1	2	3
4. Mam uczucie zmęczenia lub braku energii	0	1	2	3
5. Mam zmniejszony apetyt lub nadmierną potrzebę jedzenia	0	1	2	3
6. Mam poczucie niezadowolenia z siebie, lub że jestem do niczego, lub że zawiodłam(em) siebie	0	1	2	3
7. Mam trudności ze skupianiem uwagi, np. podczas czytania gazet lub oglądania telewizji	0	1	2	3
8. Moje ruchy lub moja mowa były tak spowolnione, że inni zwracali na to uwagę. Albo wręcz przeciwnie - nie mogłam(em) usiedzieć w miejscu lub poddenerwowanie powodowało ruchliwość znacznie większą niż zwykle	0	1	2	3
9. Myślę, iż śmierć byłaby lepszym rozwiązaniem lub myślę o wyrządzeniu sobie krzywdy	0	1	2	3

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Suma punktów = \_\_\_\_\_

Jeśli zaznaczyłaś(-eś) którykolwiek z tych problemów, jak bardzo utrudniały one Tobie wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?

W ogóle nie utrudniły    Trochę utrudniły    Bardzo utrudniły    Niezmiernie utrudniły

\*Validierung erfolgt durch den behandelnden Arzt.

QUELLE: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x