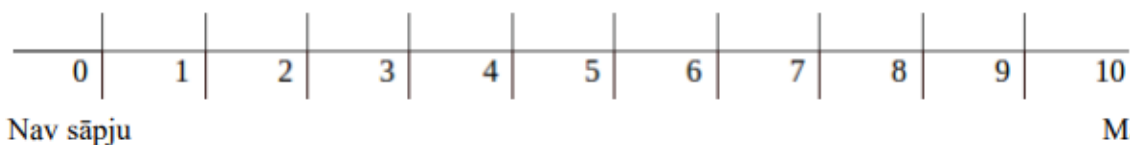


## Cienījamais pacient!

Lai ātrāk sasniegtu attālinātās videokonsultācijas mērķus – noteikt diagnozi un nozīmēt nepieciešamo ārstēšanu, vēlams sagatavot atbildes uz jautājumiem šajā anketā. Anketas aizpildīšana aizņems nedaudz laika.

1. Vai Jums ir sāpes gūžas un / vai ceļa locītavā? Cik sen? Vai sāpes ir pie slodzes / pie paaugstinātās slodzes / staigāšanas pa līdzenu virsmu vai trepēm / skrienot / sēžot / guļot / miera stāvoklī? Vai sāpes izstaro uz apakšstilbu vai papēdi?
2. Vai Jums ir sāpes muguras jostas vai krustu daļā?
3. Vai sāpes traucē naktsmieru vai aizmigt?
4. Vai Jums ir rīta stīvums, tā kā jāiestaigājas, pieceļoties no gultas / krēsla?
5. Kas Jums pastiprina sāpes?
6. Kas Jums kupē / samazina sāpes?
7. Cik stipras ir sāpes skalā no 0 līdz 10, kur 0 – sāpju nav nemaz, 10 balles – maksimāli stipras, neizturamas sāpes?



8. Kādus pretsāpju medikamentus Jūs lietojat un cik bieži? Nosauciet medikamentu nosaukumus, devu, formu (tablete, kapsula, ampula, svecīte, gēls) un lietošanas biežumu.
9. Vai Jums ir kustību ierobežojums locītavās? Jā Jūsu atbilde ir “Jā”, tad nosauciet, lūdzu, kurās locītavās ir kustību ierobežojums un pie kurām darbībām Jūs to izjūtat? Vai Jūs varat, piemēram, uzvilkt un novilkt zeķes, apavus?
10. Vai Jūsu locītava ir pietūkusi vai apsārtusi?
11. Vai Jums ir gurkstēšana locītavā?
12. Vai Jūsu kāja ir kļuvusi īsāka?
13. Vai Jūsu kāja ir deformējusies?

14. Vai Jūs klibojat pie staigāšanas? Vai Jums ir jāizmanto palīglīdzekļi (ortoze, fiksators, nūja, spieķis, kruķi, atbalsta rāmis, ratiņkrēsls)?
15. Kā Jūs vēl ārstējāties iepriekš (medikamenti, procedūras, blokādes, ārstnieciskā vingrošana, operācijas)?
16. Ja Jums ir veikta locītavas operācija, tad nosauciet, lūdzu, operācijas nosaukumu, datumu, iestādi un ķirurgu.
17. Ar ko Jūs nodarbojaties ikdienā? Kāds ir Jūsu darbs?
18. Ar kādām hroniskām slimībām Jūs slimojat?
19. Kādi radioloģiskie izmeklējumi Jums iepriekš ir veikti?
20. Kāds ir Jūsu augums un svars?
21. Vai Jūs smēķējat? Jā Jūsu atbilde ir "Jā", tad cik sen un cik cigaretes dienā?
22. Vai Jūs lietojat alkoholu? Jā Jūsu atbilde ir "Jā", tad cik bieži un cik daudz?
23. Vai Jums ir atkarības? Jā Jūsu atbilde ir "Jā", tad kādas?
24. Vai, pēc Jūsu uzskatiem, Jums ir riska faktori ķirurģiskajai ārstēšanai? Jā Jūsu atbilde ir "Jā", tad kādi?

*Paldies, ka veltījāt laiku šīs anketas aizpildīšanai!*