

## UPITNIK O INVALIDITETU PROUZROKOVANIM BOLOM (PDQ)

Ime:

ID:

Datum:

### Molim Vas pročitajte:

U upitniku se traži Vaše mišljenje o tome kako bol trenutno utiče na Vašu sposobnost da obavljate svakodnevne aktivnosti. Rezultati će Vašoj zdravstvenoj ustanovi pružiti informaciju o tome kako se osećate i koliko ste sposobni da normalno funkcionišete.

**Molimo Vas da odgovorite na svako pitanje stavljajući „X“ duž linije da bi pokazali koliko Vaši problemi sa bolom utiču na Vas (počevši od toga da nemate nikakvih problema do toga da imate najozbiljnije probleme koje možete da zamislite).**

### **MOLIMO VAS DA ODGOVORITE NA SVA PITANJA.**

1. Da li Vas bol ometa u uobičajenom radu u kući (npr. kuvanje i spremanje kuće) i van kuće (npr. rad u bašti)?

Normalno radim	<input type="checkbox"/>	Uopšte ne mogu da radim				
-------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------

2. Da li bol utiče na Vašu sposobnost da se brinete o sebi (da se okupate, obučete i slično)?

U potpunosti mogu sam/a da se brinem o sebi	<input type="checkbox"/>	Potrebna mi je pomoć u svim aspektima brige o sebi				
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

3. Da li Vas bol ometa u putovanjima?

Putujem gde god hoću	<input type="checkbox"/>	Uopšte ne mogu da putujem				
-------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------------

4. Da li bol utiče na Vašu sposobnost da sedite ili stojite?

To radim bez problema	<input type="checkbox"/>	To uopšte ne mogu da radim				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

5. Da li bol utiče na Vašu sposobnost da dosežete, hvataćete ili podižete predmete iznad glave?



6. Da li bol utiče na Vašu sposobnost da se nagnete, sagnete, čučnete ili podignite predmete sa poda?



7. Da li bol utiče na Vašu sposobnost da hodate ili trčite?



8. Da li je su Vaši prihodi manji od kada imate bol?



9. Da li morate da uzimate lekove protiv bolova da bi kontrolisali bol?



10. Da li Vas bol primorava da češće odlazite kod doktora nego što je to bio slučaj pre nego što se bol pojavio?



11. Da li Vas bol ometa u viđanju sa Vama važnim ljudima onoliko koliko biste želeli?

Ne ometa me  |  |  |  | Ne viđam ih uopšte

12. Da li Vas bol ometa u Vama važnim rekreativnim aktivnostima i hobijima?

To radim bez problema  |  |  |  | To uopšte ne mogu da radim

13. Da li Vam je potrebna pomoć porodice i prijatelja u obavljanju svakodnevnih poslova (uključujući rad u kući (npr. kuvanje i spremanje kuće) i van kuće (npr. rad u bašti)) zbog vašeg bola?

Nikad mi nije potrebna pomoć  |  |  |  | Stalno mi je potrebna pomoć

14. Da li se osećate depresivnije, napetije ili anksioznije nego što je to bio slučaj pre pojave bola?

Nisam depresivan/napet  |  |  |  | Izrazito sam depresivan/napet

15. Da li imate emotivnih problema uzrokovanih bolom koji Vas ometaju u porodičnim, društvenim i radnim aktivnostima?

Nemam problema  |  |  |  | Imam ozbiljnih problema