

Hasta Adı: \_\_\_\_\_ Yaş \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_  
Tıbbi kayıt No# \_\_\_\_\_ SS : \_\_\_\_\_  
Muayene: Tedavi öncesi 3. ay 6. ay 1. yıl \_\_\_\_\_ yıl

Doktorlarımız sırt ve belinizin tedavi öncesi ve sonrası durumunu dikkatlice değerlendiriyor .  
Lütfen aksi belirtilmedikçe her soru için bir tane en iyi cevabı yuvarlak içine alınız. Eğer ameliyat olduysanız, lütfen bölüm 1 ve 2'yi tamamlayınız. Aksi takdirde sadece bölüm 1'i tamamlayınız.

Tüm sonuçlar gizli tutulacaktır.

## Bölüm 1: Tüm hastalar

- Aşağıdakilerden hangisi geçtiğimiz 6 ayda hissettiğiniz ağrı miktarını en iyi tanımlar?**  
Hiç Orta şiddetli arası  
Az Şiddetli  
Orta
- Aşağıdakilerden hangisi son 1 ayda hissettiğiniz ağrı miktarını en iyi tanımlar?**  
Hiç Orta şiddetli arası  
Az Şiddetli  
Orta
- Son 6 ayda çok gergin bir kişi miydiniz?**  
Hiçbir zaman Çoğu zaman  
Nadiren Her zaman  
Bazen
- Eğer yaşantınızın geri kalanını sırt ve belinizin şu anki şekliyle geçirmek zorunda olsaydınız bu konuda nasıl hissederdiniz?**  
Çok mutlu Biraz mutsuz  
Biraz mutlu Çok mutsuz  
Ne mutlu ne mutsuz
- Şu anki aktivite seviyeniz nedir?**  
Yatağa bağımlı/ tekerlekli sandalyede  
Temel olarak hareketsiz  
Hafif iş, gündelik ev işleri gibi  
Orta seviye elle yapılan iş ve spor, yürümek ve bisiklete binmek gibi  
Kısıtlanma olmaksızın tüm aktiviteler
- Kıyafetlerinizin içinde nasıl görünüyorsunuz?**  
Çok iyi  
İyi  
Vasat  
Kötü  
Çok kötü
- Son 6 ayda kendinizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar çökmüş hissettiniz mi?**  
Çok sık Nadiren  
Sık Hiçbir zaman  
Bazen
- İstirahatte sırt ve bel ağrısı yaşıyor musunuz?**  
Çok sık Nadiren  
Sık Hiçbir zaman  
Bazen
- Şu anki iş/ okulda aktivite seviyeniz nedir?**  
%100 normal %25 normal  
%75 normal %0 normal  
%50 normal
- Aşağıdakilerden hangisi;baş, kol ve bacaklarımız hariç insan vücudu olarak tanımlanan gövdenizin görünümünü en iyi tanımlar?**  
Çok iyi Kötü  
İyi Çok kötü  
Vasat
- Aşağıdakilerden hangisi sırt ve beliniz için ilaç kullanımınızı en iyi tanımlar?**  
Hiç  
Haftalık olarak ya da daha az narkotik olmayan ilaçlar (Örneğin; voltaren, parol, apranax)  
Günlük olarak narkotik olmayan ilaçlar  
Haftalık olarak ya da daha az narkotik ilaçlar (örneğin; morfin, dolantin)  
Günlük olarak narkotik ilaçlar  
Diğer (lütfen aşağıda belirtiniz)  
İlaç: \_\_\_\_\_  
Kullanımı (haftalık ya da daha az ya da günlük): \_\_\_\_\_

12. **Sırt ve beliniz ev çevresindeki işleri yapma becerinizi kısıtlar mı?**
- Hiçbir zaman  Sık  
 Nadiren  Çok sık  
 Bazen
13. **Son 6 ay içerisinde kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?**
- Her zaman  Nadiren  
 Çoğu zaman  Hiçbir zaman  
 Bazen
14. **Sırt ve belinizin durumunun kişisel ilişkilerinizi etkilediğini düşünüyor musunuz?**
- Hiç  Orta  
 Çok Az  Şiddetli  
 Az
15. **Sırt ve beliniz yüzünden siz ve/veya aileniz maddi zorluklar yaşıyor musunuz?**
- Çok fazla  Çok az  
 Orta  Hiç  
 Az
16. **Son 6 ayda kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?**
- Hiçbir zaman  Sık  
 Nadiren  Çok sık  
 Bazen
17. **Son 3 ay içerisinde iş/ okuldan sırt ve bel ağrınız sebebiyle izin aldınız mı? Aldıysanız kaç gün?**
- 0  1  2  3  4 yada daha fazla
18. **Arkadaşlarınızdan daha fazla ya da daha az mı dışarı çıkarsınız?**
- Çok daha fazla  Daha az  
 Daha fazla  Çok daha az  
 Aynı
19. **Şu anki sırt ve bel durumunuzla kendinizi çekici hissediyor musunuz?**
- Evet, çok  Hayır, pek değil  
 Evet, biraz  Hayır, hiç değil  
 Ne çekici ne değil
20. **Son 6 ayda mutlu biri miydiniz?**
- Hiçbir zaman  Çoğu zaman  
 Nadiren  Her zaman  
 Bazen

21. **Sırt ve belinizin tedavisinden memnun musunuz?**
- Çok memnunum  Memnun değilim  
 Memnunum  Hiç memnun değilim  
 Ne memnun ne memnun değil
22. **Aynı duruma sahip olsaydınız tekrar aynı tedaviyi alır mıydınız?**
- Kesinlikle evet  Muhtemelen hayır  
 Muhtemelen evet  Kesinlikle hayır  
 Emin değilim
23. **1'den 9'a kadar olan bir ölçekte, 1 çok düşük ve 9 çok yüksek olarak, kişisel görünümünüzü nasıl derecelendirirsiniz?**
- 1  2  3  4  5  6  7  8  9

## Bölüm 2: Sadece ameliyat olan hastalar

24. **Tedavi öncesi ile kıyaslandığında, şu anki görünümünüzle nasıl hissediyorsunuz?**
- Çok daha iyi  Daha kötü  
 Daha iyi  Çok daha kötü  
 Aynı
25. **Sırt ve bel tedaviniz işlev ve günlük aktivitenizi değiştirdi mi?**
- Arttırdı  Değiştirmede  Azalttı
26. **Sırt ve bel tedaviniz spor/ hobilerden zevk alabilmenizi değiştirdi mi?**
- Arttırdı  Değiştirmede  Azalttı
27. **Tedaviniz sırt ve bel ağrınızı \_\_\_\_\_**
- Arttırdı  Değiştirmede  Azalttı
28. **Tedaviniz başkalarıyla kişisel ilişkilerde kendinize güveninizi değiştirdi mi?**
- Arttırdı  Değiştirmede  Azalttı
29. **Tedaviniz başkalarının sizi nasıl gördüğünü değiştirdi mi?**
- Çok daha iyi  Daha kötü  
 Daha iyi  Çok daha kötü  
 Aynı
30. **Tedaviniz kendinizi nasıl gördüğünüzü değiştirdi mi?**
- Arttırdı  Değiştirmede  Azalttı

*Lütfen çizimlerin üstünde ağrı hissettiğiniz yerleri işaretleyiniz. Eğer hiç ağrı hissetmiyorsanız, boş bırakınız ve paraflayınız.*

*Belli ağrı tiplerini göstermek için aşağıdaki anahtarları kullanınız*

**ANAHTAR:**

İğnelenme = 000000  
Yanma = XXXXXX  
Saplanma tipi = /////  
Derin ağrı = ZZZZZZ

