

## KWESTIONARIUSZ DLA PACJENTA

Imię i nazwisko .....

Data wypełnienia kwestionariusza .....DD/MM/ROK

Data urodzenia .....DD/MM/ROK

Płeć: Kobieta  Mężczyzna

Początek objawów ..... (data lub rok)

L.p.	Pytanie	Tak	Nie
1.	Czy odczuwasz ból stawów?		
2.	Czy odczuwasz ból nadgarstków/rąk?		
3.	Czy Twoje ręce/ nadgarstki są spuchnięte (obrzęknięte)?		
4.	Czy Twoje stawy są sztywne rano? (Czy odczuwasz sztywność poranną w stawach?)		
5.	Czy masz problem z zaciśnięciem ręki w pięść?		
6.	Czy od momentu obudzenia się rano mija więcej niż 1 godzina zanim Twoje stawy poruszają się swobodnie?		
7.	Czy te same stawy zajęte są po obu stronach ciała?		
8.	Czy problemy ze stawami mają wpływ na Twoją aktywność życiową np. masz problemy z samoobsługą, wypoczynkiem lub zmieniłeś swoją aktywność zawodową?		
9.	Czy kiedykolwiek ktoś Ci powiedział, że masz reumatoidalne zapalenie stawów?		
10.	Czy ktoś w Twojej rodzinie ma/miał reumatoidalne zapalenie stawów?		
11.	Czy rozpoznano u Ciebie zmiany na skórze określane jako łuszczycyca?		

- UDZIELIŁEM PRZYNAJMNIEJ 6 ODPOWIEDZI „TAK” – WYNIK DODATNI
- UDZIELIŁEM MNIEJ NIŻ 6 ODPOWIEDZI „TAK” – WYNIK UJEMNY

.....  
podpis uczestnika projektu