

KIPUKYSELY

Nimi	Henkilötunnus
Kotiosoite	
Puhelin	

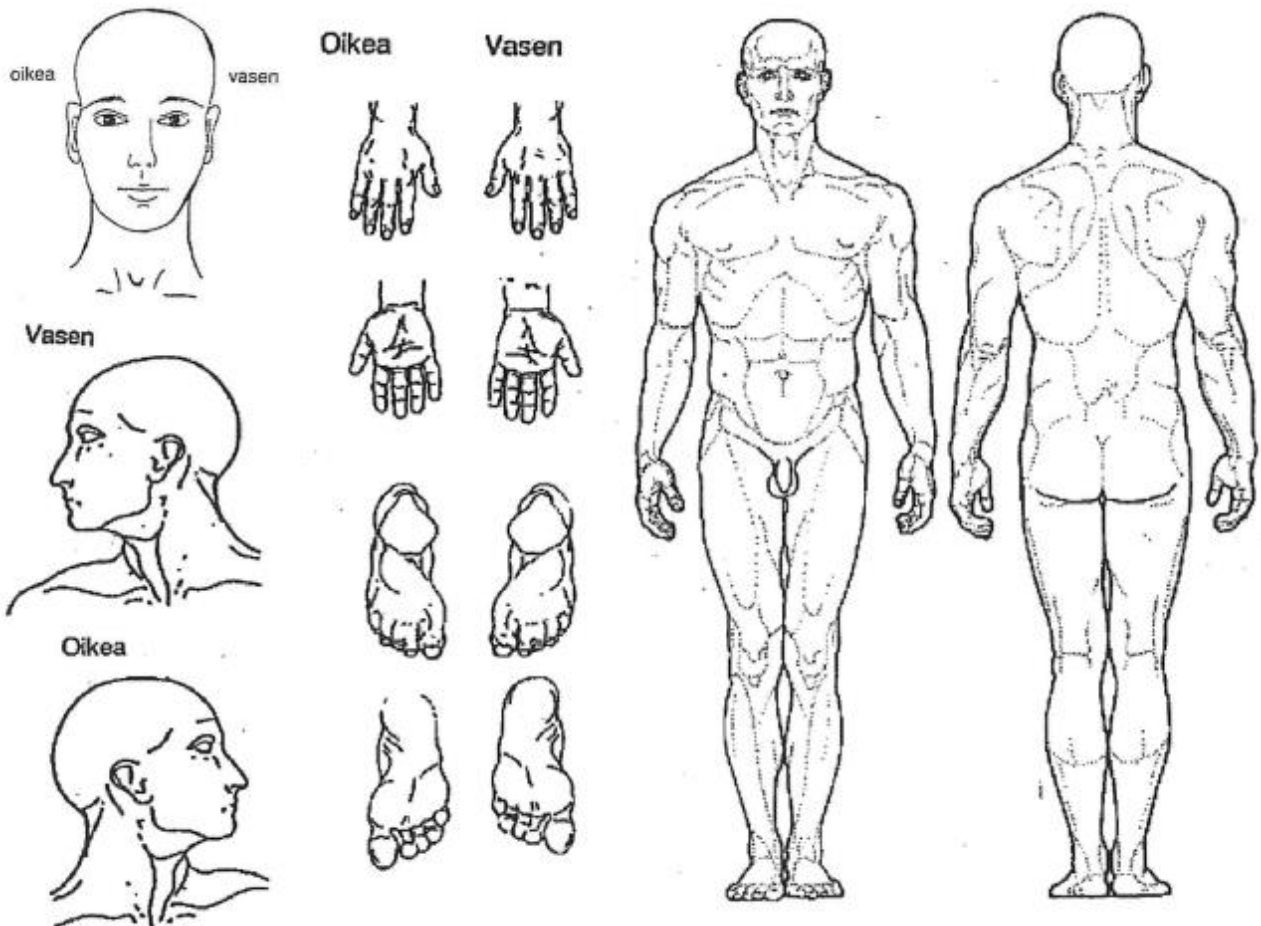
1. Missä kipusi tuntuu? Merkitse kuvaan kaikki paikat, joissa tunnet kipua. Käytä kipualueiden merkitsemisessä apuna seuraavia merkkejä kuvaamaan kivun luonnetta.

Särky XXXXXX (piirrä rasteilla)

Aristava kipu ===== (piirrä poikkiviivoilla)

Polttava kipu oooooo (piirrä ympyröillä)

Tunnottomuus ||||| (piirrä pystyviivoilla)



2. Milloin kipua ilmeni ensimmäisen kerran?

3. Onko kipu												
		kyllä	ei									
jatkuvaa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
vaihtelevaa voimakkuudeltaan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
kohtausittaista		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Onko kipua												
useita kertoja viikossa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
useita kertoja vuorokaudessa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Kuinka kauan kipukohtaukset kestävät?												
<input type="checkbox"/> sekunteja	<input type="checkbox"/> minuutteja	<input type="checkbox"/> tunteja	<input type="checkbox"/> päiviä									
4. Mitkä tekijät pahentavat kipua? (Esimerkiksi asento, lämpövaihtelut)												
5. Millä tavoin voit lievittää kipuasi?												
6. Mitä seuraavista pystyt tekemään kivusta huolimatta?												
		hyvin	jonkin verran	en lainkaan								
pitämään yllä ihmissuhteita		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
keskittymään		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
painamaan muistiin uusia asioita		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
nukkumaan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
nauttimaan parisuhteesta ja seksistä		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
tekemään kotitöitä		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
harrastamaan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
matkustamaan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
muuta, mitä? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Millaiseksi koet voitisi kokonaisuudessaan? Ympyröi vointiasi kuvaava numero.												
heikoin mahdollinen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	paras mahdollinen
7. Mikä on suurin kivusta aiheutuva haitta?												
8. Mikä on kipusi voimakkuus? Ympyröi kivun voimakkuutta kuvaava numero.												
kivuton	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	pahin kuviteltavissa oleva kipu
9. Kuinka rasittunut olet kipusi vuoksi tällä hetkellä? Ympyröi rasittuneisuuttasi kuvaava numero.												
ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	erittäin rasittunut

10. Mikä olisi mielestäsi hyväksyttävä kivun voimakkuus, jos kipua ei saada kokonaan pois? Ympyröi hyväksyttävää kivun voimakkuutta kuvaava numero.

kivuton 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 pahin kuviteltavissa oleva kipu

11. Mistä arvelet kipusi johtuvan?

12a. Oletko huomannut mielialasi muuttuneen, ja jos niin miten?

12b. Arveletko mielialan muutoksen liittyvän kipuun?

13a. Mitä lääkkeitä on aiemmin kokeiltu kipusi hoitoon?

Lääke	Annos/vrk	Auttoi	Ei auttanut	Aiheutti sivuvaikutuksia, mitä
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

13b. Oletko allerginen jollekin lääkkeelle? en kyllä, lääke _____

14. Onko kipuasi hoidettu joillain seuraavista keinoista? Alleviivaa kyseiset hoitokeinot.

	Auttoi	Ei auttanut
Rentoutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindfulness (tietoisuustaitoharjoittelu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TENS (hermostimulaatiohoito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puudutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu hoito, mikä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Mitä sinulle tärkeitä asioita tekisit, jos kipusi olisi hallinnassa? Mainitse 2-3 tärkeintä.

16. Mitkä ovat omat tavoitteesi Kipuklinikan hoitojaksolle?

17a. Koulutuksesi

- peruskoulu
- ammattikoulu
- lukio
- ammattikorkeakoulu
- yliopisto
- muu, mikä _____

17b. Työtehtäväsi

18. Oletko työssä

- kokopäiväisesti
- osapäiväisesti

Oletko pois työstä

- sairauslomalla ___ / ___ 20 ___ lähtien ___ / ___ 20 ___ asti
- kuntoutustuella ___ / ___ 20 ___ lähtien ___ / ___ 20 ___ asti
- työtön ___ / ___ 20 ___ lähtien
- eläkkeellä ___ / ___ 20 ___ lähtien
- muu syy, mikä?

Onko jonkin sosiaaliturva-asian käsittely kesken, minkä?

Toivotko sosiaalityöntekijän tapaamista? kyllä en

19. Keitä kuuluu talouteesi?

20. Päihteet

- en tupakoi tupakoin _____ savuketta/vrk
- en käytä alkoholia käytän alkoholia, laji _____ määrä _____ / viikko
- en käytä muita päihteitä käytän muita päihteitä, laji _____ määrä _____ / viikko
- en käytä muita päihteitä käytän muita päihteitä, laji _____ määrä _____ / viikko

21. Liikunta

Harrastatko säännöllisesti liikuntaa? kyllä en
Mitä lajia? _____ kertaa viikossa

22. Pituutesi

Painosi

23. Kuka on avohoidon hoitava lääkärisi?

- Terveyskeskuslääkäri _____ toimipaikka _____
- Työterveyslääkäri _____
- Muu lääkäri _____

24. Oletko hoidossa tai odotatko tutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä muualta, mistä?