

Tämän kyselyn tarkoituksena on saada riittävän monipuolinen kuva kipuongelmastanne. Lomakkeessa on kysymyksiä, joihin pyydämme Teitä vastaamaan joko ympyröimällä sopivan vaihtoehdon (numeron tai kirjaimen), merkitsemällä rastin (x) sopivaan kohtaan tai kirjoittamalla vastauksenne omin sanoin. Lomake käsitellään luottamuksellisesti.

### 1. Henkilötiedot

Nimi \_\_\_\_\_ Pvm \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_ Pituus \_\_\_\_\_ cm Paino \_\_\_\_\_ kg

Kotiosoite \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Puh no \_\_\_\_\_

Ammatti \_\_\_\_\_

Siviilisääty 1 naimaton 2 avioliitossa 3 avoliitossa 4 leski 5 eronnut

Kotona asuvien lasten syntymävuodet \_\_\_\_\_

Onko teillä allergioita? Jos on, mitä? \_\_\_\_\_

### 2. Millainen on elämäntilanteenne? Oletteko

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 1 kokopäivätyössä                | 8 kuntoutustuella; mikä muoto? _____   |
| 2 osapäivätyössä                 | 9 eläkkeellä tai kuntoutustuella? Mistä lähtien ja mihin asti myönnetty? _____ |
| 3 äitiys- tms. lomalla           | 10 opiskelen   |
| 4 virkavapaalla                  | 11 kotona, ei ansio- tai muita tuloja  |
| 5 lomautettu                     | 12 muu, mikä: _____  |
| 6 työtön                         |  |
| 7 sairauslomalla, mistä lähtien? |  |

3. Onko teillä mielestänne yksi kipu vai monenlaisia kipuja? Jos monenlaisia, mitä eri kipuja Teillä on?

4. Koska kipu alkoi ja missä yhteydessä (sairaus, tapaturma tai muu syy)?

5. Onko kipu muuttunut sen jälkeen? Jos on, niin miten?

## 6. Missä kipunne tuntuu?

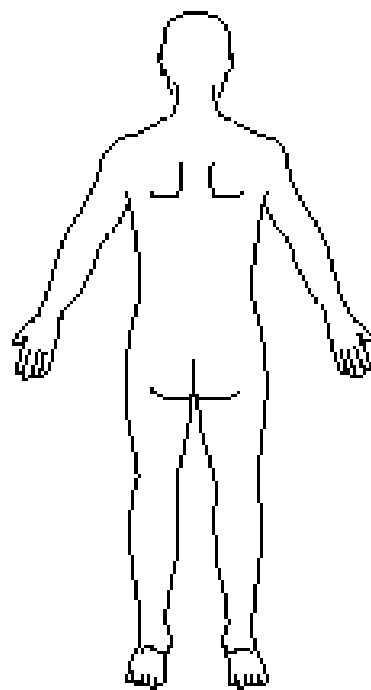
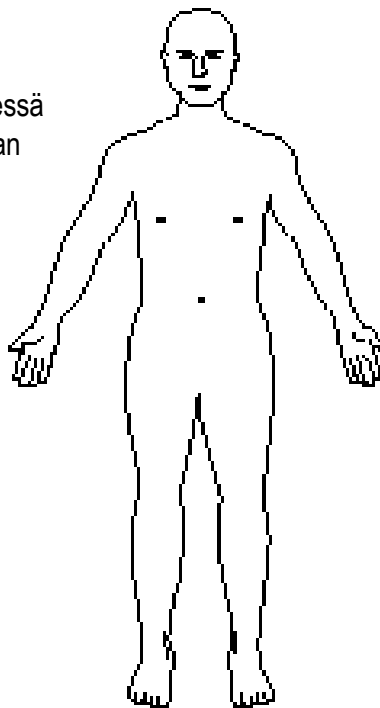
Merkitkää kuvaan kaikki paikat,  
joissa tunnette kipua.

Käyttäkää kipualueiden merkitsemisessä  
apuna seuraavia merkkejä kuvaamaan  
kivun luonnetta:

Särky xxxxxx (rasteilla)

Aristava kipu = = = = (poikkiviivalla)

Polttava kipu oooooo (ympyröillä)



## 7. Missä määrin vaivanne rajoittaa/rajoittavat

	ei lainkaan	jonkin verran	kohtalai- sesti	erittäin paljon
nukkumista	0	1	2	3
kävelemistä	0	1	2	3
seisomista	0	1	2	3
istumista	0	1	2	3
pukeutumista	0	1	2	3
nostamista	0	1	2	3
ihmissuhteiden ylläpitämistä	0	1	2	3
sukupuolielämää	0	1	2	3
vapaa-ajan harrastuksia	0	1	2	3
arjen askareita	0	1	2	3
liikkumista kodin ulkopuolella	0	1	2	3
keskittymiskykyä	0	1	2	3
autolla ajamista	0	1	2	3
työkykyä	0	1	2	3

## 8. Mistä arvelette kipunne johtuvan?

## 9. Onko kipunne

- 1 jatkuvaa, tasaista
- 2 vaihtelevaa voimakkuudeltaan
- 3 kohtauskertaista; kestävät a sekunteja b minuutteja c tunteja d päiviä
- 4 useita kertoja vuorokaudessa esiintyvää
- 5 useita kertoja viikossa esiintyvää

## 10. Miten arvioitte kipunne voimakkuutta juuri tällä hetkellä alla olevalla asteikolla, jossa 0= ei kipua ja 10 = pahin mahdollinen kipu?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ei kipua Pahin mahdollinen kipu

## 11. Miten arvioitte kipunne voimakkuutta viimeksi kuluneen viikon aikana

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ei kipua Pahin mahdollinen kipu

## 12. Minkälainen on kipunne ollut lievimmillään viimeksi kuluneen viikon aikana?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ei kipua Pahin mahdollinen kipu

## 13. Minkälainen on kipunne ollut pahimmillaan viimeksi kuluneen viikon aikana?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ei kipua Pahin mahdollinen kipu

## 14. Arvioikaa alla olevalla mittarilla, kuinka rasittunut olette kipunne vuoksi tällä hetkellä?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ei lainkaan rasittunut Äärimmäisen rasittunut

## 15. Onko teidän vaikea nukahtaa?

- 1 Aina
- 2 Useita kertoja viikossa
- 3 Ei juuri koskaan

## Heräättekö kesken unien?

- 1 Useita kertoja yössä
- 2 Ainakin kerran yössä
- 3 Useita kertoja viikossa
- 4 Ei juuri koskaan

## Heräättekö aamulla liian aikaisin kykenemättä saamaan enää unta?

- 1 Joka yö
- 2 Useita kertoja viikossa
- 3 Ei juuri koskaan



20. Tupakoitteko? 1 En 2 Kyllä, montako savuketta päivässä? \_\_\_\_\_

21. Käytättekö alkoholia?

1 En lainkaan 2 Harvoin 3 Usein

22. Onko teillä muita tutkimuksia, hoitotoimenpiteitä tai kuntoutusta meneillään tai suunnitteilla? Jos on, niin mitä?

23. Kuka on hoitava lääkärinne (nimi; missä toimii)?

24. Arvioikaa alla olevalla asteikolla, mikä olisi mielestänne hyväksyttävä kivun voimakkuus, eli sellainen kipu jonka kanssa voisitte tulla toimeen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ei kipua Pahin mahdollinen kipu

25. Mitä toiveita ja odotuksia teillä on nyt kivun tutkimuksen ja hoidon suhteen?

26. Minkälaiset asiat teitä kipuongelmassanne erityisesti askarruttavat? Minkälaisiin kysymyksiin haluaisitte saada vastauksia?