

مقياس ألم الرقبة و الاعاقة لنتيجة عنها

الاسم _____ التاريخ _______________

اليوم _____ الشهر _____ السنة _____

السن _____ الوظيفة _____

من فضلك قم بوضع علامة "x" علي الخط المرسوم أمامك لتعبر عن شدة الالم و مدي تأثيره عليك

الدرجة

- 1- ما هي شدة ألمك اليوم؟
 0|_____|_____|_____|_____|_____|5|
 لا يوجد ألم ألم شديد
- 2- ما هي شدة ألمك في المتوسط ؟
 0|_____|_____|_____|_____|_____|5|
 لا يوجد ألم ألم شديد
- 3- كيف يمكن ان توصف ألمك في أشد درجاته؟
 0|_____|_____|_____|_____|_____|5|
 لا يوجد ألم لا أستطيع تحمل الألم
- 4- هل يؤثر ألمك في نومك؟
 0|_____|_____|_____|_____|_____|5|
 لا يؤثر لا أستطيع النوم
- 5- كيف هي شدة ألمك مع الوقوف؟
 0|_____|_____|_____|_____|_____|5|
 لا يوجد ألم ألم شديد
- 6- كيف هي شدة ألمك مع المشي؟
 0|_____|_____|_____|_____|_____|5|
 لا يوجد ألم ألم شديد
- 7- هل يؤثر ألمك في قيادة أو ركوب السيارة؟
 0|_____|_____|_____|_____|_____|5|
 لا يؤثر لا أستطيع قيادة أو ركوب السيارة
- 8- هل يؤثر ألمك في ممارسة أنشطتك الاجتماعية؟
 0|_____|_____|_____|_____|_____|5|
 لا يؤثر يؤثر دائما
- 9- هل يؤثر ألمك في أنشطتك الاجتماعية؟
 0|_____|_____|_____|_____|_____|5|
 لا يؤثر يؤثر دائما
- 10- هل يؤثر ألمك في مهامك الوظيفية؟
 0|_____|_____|_____|_____|_____|5|
 لا يؤثر لا أستطيع العمل

- 11- هل يؤثر ألمك في عنايتك الشخصية بنفسك (الأكل , ارتداء الملابس , الاستحمام, غيرها)؟
 0| | | | |5|
 لا يؤثر يؤثر دائما
- 12- هل يؤثر ألمك في علاقاتك الشخصية (العائلة , الاصدقاء , العلاقة الجنسية, غيرها)؟
 0| | | | |5|
 لا يؤثر يؤثر دائما
- 13- كيف غير ألمك من نظرتك للحياة وللمستقبل (الشعور بالاكئاب , الشعور باليأس)؟
 0| | | | |5|
 لم تتغير تغيرت بشكل كامل
- 14- هل يؤثر ألمك في مشاعرك؟
 0| | | | |5|
 لا يؤثر يؤثر بشكل كبير
- 15- هل يؤثر ألمك في قدرتك علي التفكير و التركيز؟
 0| | | | |5|
 لا يؤثر يؤثر بشكل كبير
- 16- ما هي درجة تيبس رقبتك؟
 0| | | | |5|
 ليست متيبسة لا أستطيع تحريك رقبتني
- 17- ما درجة الصعوبة في لف رقبتك؟
 0| | | | |5|
 ليس لدي صعوبة لا أستطيع تحريك رقبتني
- 18- هل لديك صعوبة في النظر لأعلي و لأسفل؟
 0| | | | |5|
 ليس لدي صعوبة لا أستطيع النظر لأعلي أو لأسفل
- 19- هل لديك صعوبة في رفع يديك فوق رأسك؟
 0| | | | |5|
 ليس لدي صعوبة لا أستطيع رفع يدي فوق رأسي
- 20- هل تساعد المسكنات في تقليل الألم؟
 0| | | | |5|
 تساعد بشكل كبير لا تساعد
- المجموع الاجمالي

