

VYŠETŘENÍ POLYNEUROPATIÍ

Michiganský dotazník (Feldman 1994), modifikace dle Rušavého 1998

Je určen pro diabetickou polyneuropatii, ale lze s výhodou použít pro všechny polyneuropatie

Jméno pacienta: pohlaví: věk:

- | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Máte pocit zhoršení citlivosti na rukou nebo nohou? | <input type="checkbox"/> ano – 1 bod | <input type="checkbox"/> ne – 2 body |
| 2. Měl jste někdy pálivé bolesti nohou? | <input type="checkbox"/> ano – 1 bod | <input type="checkbox"/> ne – 2 body |
| 3. Máte pocit těžkých nohou? | <input type="checkbox"/> ano – 1 bod | <input type="checkbox"/> ne – 2 body |
| 4. Jsou Vaše nohy přecitlivělé na dotyk? | <input type="checkbox"/> ano – 1 bod | <input type="checkbox"/> ne – 2 body |
| 5. Měl jste někdy píchání nebo bodání v nohou? | <input type="checkbox"/> ano – 1 bod | <input type="checkbox"/> ne – 2 body |
| 6. Vnímáte bolestivě i dotyk příkrývky na pokožku? | <input type="checkbox"/> ano – 1 bod | <input type="checkbox"/> ne – 2 body |
| 7. Jste schopen určit místo bolesti? | <input type="checkbox"/> ano – 2 body | <input type="checkbox"/> ne – 1 bod |
| 8. Jste schopen při koupání rozlišit teplou a studenou vodu? | <input type="checkbox"/> ano – 2 body | <input type="checkbox"/> ne – 1 bod |
| 9. Řekl Vám již lékař, že máte diabetickou polyneuropatii? | <input type="checkbox"/> ano – 1 bod | <input type="checkbox"/> ne – 2 body |
| 10. Jsou Vaše příznaky horší v noci? | <input type="checkbox"/> ano – 1 bod | <input type="checkbox"/> ne – 2 body |
| 11. Máte na nohou tak suchou kůži, že vznikají praskliny? | <input type="checkbox"/> ano – 1 bod | <input type="checkbox"/> ne – 2 body |
| 12. Prodělal jste amputaci? | <input type="checkbox"/> ano – 1 bod | <input type="checkbox"/> ne – 2 body |

Hodnocení: počet bodů / 12

Dosažené skore

Skóre menší než 1,5 je suspektní pro diabetickou polyneuropatii

Datum: _____ Pacient: Příjmení: _____ Jméno: _____

Jak byste ohodnotil/a svou bolest **nyňí**, v tomto okamžiku?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
žádná											maximální

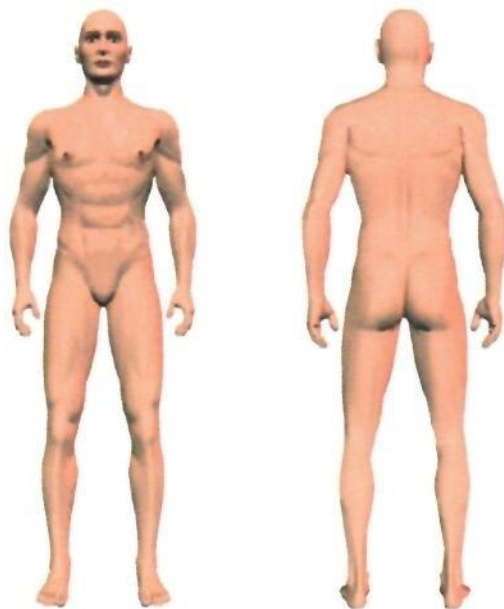
Jak silná byla Vaše **nejsilnější** bolest během minulých 4 týdnů?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
žádná											maximální

Jak silná byla bolest během minulých 4 týdnů **v průměru**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
žádná											maximální

Označte prosím křížkem nebo vystínováním jednu hlavní oblast své bolesti



Vyzařuje Vaše bolest i do jiných částí těla?
ano ne

Pokud ano, nakreslete prosím šipkou směr, kterým bolest vyzařuje.

Zakřížkujte políčko vpravo vedle obrázku, který nejlépe vystihuje průběh Vaší bolesti:



Trvalá bolest s mírnými výkyvy



Trvalá bolest s občasnými záchvaty silné bolesti



Záchvaty silné bolesti, mezi nimi bez bolesti



Časté záchvaty silné bolesti, mezi nimi trvalá bolest

Míváte v této označené oblasti pálivé bolesti (jako např. při popálení kopřivou)?

vůbec ne takřka ne málo středně silně velmi silně

Míváte v této označené oblasti pocit brnění nebo šimrání (mravenčení nebo např. jako od elektřiny)?

vůbec ne takřka ne málo středně silně velmi silně

Působí Vám lehký dotyk v této označené oblasti (oblečením, přikrývkou) bolest?

vůbec ne takřka ne málo středně silně velmi silně

Míváte v této označené oblasti Vaší bolesti vystřelující záchvaty silné bolesti, jakoby od elektrického proudu?

vůbec ne takřka ne málo středně silně velmi silně

Je pro Vás chlad nebo teplo (např. voda ve vaně) v této označené oblasti občas bolestivé?

vůbec ne takřka ne málo středně silně velmi silně

Trpíte v této označené oblasti pocitem znecitlivění?

vůbec ne takřka ne málo středně silně velmi silně

Vyvolává lehký stálý tlak, např. prstem, v této označené oblasti bolest?

vůbec ne takřka ne málo středně silně velmi silně

vyplňuje lékař

vůbec ne	takřka ne	málo	středně	silně	velmi silně
<input type="checkbox"/> × 0 = <input type="text" value="0"/>	<input type="checkbox"/> × 1 = <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> × 2 = <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> × 3 = <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> × 4 = <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> × 5 = <input type="text"/>
Celkové skóre <input type="text"/>					z 35