…………………………………….

Pieczęć POZ

**KWESTIONARIUSZ DLA LEKARZA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data wypełnienia kwestionariusza ……………………………………………………… *(dd/mm/rr)*  Imię i nazwisko pacjenta ……………………………………………………………………..  Data urodzenia ……………………………………………………………………………………. *(dd/mm/rr)*  Płeć: Kobieta Mężczyzna  Początek objawów : ……………………………………………………………………………. *(data lub rok)*  **Warunki do spełnienia:**   * Przynajmniej 1 obrzęknięty staw od minimum 3 tygodni, bez wywiadu urazu   **Pozytywny wynik badania (minimum 1):**   * dodatni objaw ściskania ręki * dodatni objaw ściskania stopy * tkliwość innego stawu   **Odpowiedź „tak” na przynajmniej 2 pytania poniżej:** | | | |
| **L.p.** | **Pytanie** | **Tak** | **Nie** |
| 1 | Sztywność poranna trwająca dłużej niż 1 godzinę |  |  |
| 2 | Trudności w zaciśnięciu ręki w pięść w godzinach porannych |  |  |
| 3 | Ból przy przywitaniu i potrząsaniu czyjejś ręki |  |  |
| 4 | Uczucie mrowienia i uczucie wbijania igieł w palcach |  |  |
| 5 | Problem w noszeniu i zakładaniu obrączki i pierścionków |  |  |
| 6 | Problem podczas chodzenia w dotychczasowo używanym obuwiu (trudności w chodzeniu, ból) |  |  |
| 7 | Dodatni wywiad w kierunku występowania RZS w rodzinie |  |  |
| 8 | Uczucie przewlekłego zmęczenia o niejasnej przyczynie, trwającego mniej niż rok |  |  |

**Spełnienie wymienionych warunków daje pozytywny wynik kwestionariusza dla lekarza.**

………………………………………..

Podpis i pieczęć lekarza