



.....  
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 czyjejs 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

