**KWESTIONARIUSZ DLA PACJENTA**

|  |
| --- |
| Data wypełnienia kwestionariusza ……………………………………. *(dd/mm/rr)*Imię i nazwisko …………………………………………………………………..Data urodzenia ………………………………………………………………….. *(dd/mm/rr)*Płeć: Kobieta Mężczyzna Początek objawów: ………………………………………………………….. *(data lub rok)* |
| **L.p.** | **Pytanie** | **Tak** | **Nie** |
| 1. | Czy odczuwasz ból stawów? |  |  |
| 2.  | Czy odczuwasz ból nadgarstków? |  |  |
| 3. | Czy Twoje ręce/nadgarstki są spuchnięte (obrzęknięte)? |  |  |
| 4. | Czy Twoje stawy są sztywne rano? (Czy odczuwasz sztywność poranną w stawach?) |  |  |
| 5.  | Czy masz problem z zaciśnięciem ręki w pięść? |  |  |
| 6.  | Czy od momentu obudzenia się rano mija więcej niż 1 godzina zanim Twoje stawy poruszają się swobodniej? |  |  |
| 7. | Czy te same stawy zajęte są po obu stronach ciała? |  |  |
| 8. | Czy problemy ze stawami mają wpływ na Twoją aktywność życiową, np. masz problemy z samoobsługa, wypoczynkiem lub zmieniłeś swoją aktywność zawodową? |  |  |
| 9. | Czy kiedykolwiek ktoś Ci powiedział, że masz reumatoidalne zapalenie stawów? |  |  |
| 10. | Czy ktoś w Twojej rodzinie ma/miał reumatoidalne zapalenie stawów? |  |  |
| 11. | Czy rozpoznano u Ciebie zmiany na skórze określane jako łuszczyca? |  |  |

**Interpretacja wyników: ≥6 odpowiedzi na TAK z 11 – podejrzenie RZS**

………………………………………….

Podpis i pacjenta