

汕头地区COPCORD人群调查过筛表

第I, II期 1994

汕头大学医学院·世界卫生组织·国际抗风湿联盟调查组

编号 地址 路(街) 巷(楼) 号

姓名 _____

身份证号码 _____

填表日期 □□ □□ □□□□
 日日 月月 年年年年

B1 你的出生日期是什么?
□□ □□ □□□□
 日日 月月 年年年年

B2 你的性别是什么?
 男
 女

B3 你目前婚姻状况是什么?
 单身
 已婚
 丧偶
 分居或离异
 其它, 请注明 _____

B4 你是哪一个国家出身的?
 中国
 在中国以外, 请注明 _____

• B. 民族

<input type="checkbox"/>	汉族
<input type="checkbox"/>	回族
<input type="checkbox"/>	壮族
<input type="checkbox"/>	其它, 请注明 _____

C部分: 工作历史

C₁ 你现在工作吗?

<input type="checkbox"/>	否……→请做C ₂
<input type="checkbox"/>	是

C₂ 你目前的职业是什么?

请包括主妇, 退休、歇业, 学生或其它任何不领薪水的职业请注明 _____

C₃ 你过去的职业是什么?

如果你曾从事一个以上的工作, 请考虑最长的一个
请注明 _____

C₄ 如果你未退休而已不再工作, 主要的原因是什么?

<input type="checkbox"/>	健康问题
<input type="checkbox"/>	工作条件
<input type="checkbox"/>	其它, 请注明 _____

D部分: 疼痛, 压痛(加压后疼痛), 肿胀或僵硬

D₁ 在过去7天中, 你是否曾有任何问题, 那就是: 你的骨、关节或肌肉有疼痛、压痛(加压后疼痛), 肿胀或僵硬?

<input type="checkbox"/>	无……请做D ₂
<input type="checkbox"/>	有

D₂ 哪里有问题, 那就是过去7天中疼痛, 压痛(加压后疼痛), 肿胀或僵硬? 你有这个问题有多久了?(日, 周, 月, 年)?

a) 在你肩部?
有没有疼痛?
有没有压痛?
有没有僵硬?

<input type="checkbox"/>	不
<input type="checkbox"/>	不
<input type="checkbox"/>	不
<input type="checkbox"/>	不

<input type="checkbox"/>	是
<input type="checkbox"/>	是
<input type="checkbox"/>	是
<input type="checkbox"/>	是

持续了多久 _____

持续了多久 _____

持续了多久 _____

b) 在你腕部?
有没有疼痛?
有没有压痛?
有没有肿胀?
有没有僵硬?

不
不
不
不

是
是
是
是

持续了多久 _____
持续了多久 _____
持续了多久 _____
持续了多久 _____

c) 在你手部?
有没有疼痛?
有没有肿胀?
有没有压痛?
有没有僵硬?

不
不
不
不

是
是
是
是

持续了多久 _____
持续了多久 _____
持续了多久 _____
持续了多久 _____

d) 在你腕部?
有没有疼痛?
有没有肿胀?
有没有压痛?
有没有僵硬?

不
不
不
不

是
是
是
是

持续了多久 _____
持续了多久 _____
持续了多久 _____
持续了多久 _____

e) 在你踝部?
有没有疼痛?
有没有肿胀?
有没有压痛?
有没有僵硬?

不
不
不
不

是
是
是
是

持续了多久 _____
持续了多久 _____
持续了多久 _____
持续了多久 _____

f) 在你踝部?
有没有疼痛?
有没有肿胀?
有没有压痛?
有没有僵硬?

不
不
不
不

是
是
是
是

持续了多久 _____
持续了多久 _____
持续了多久 _____
持续了多久 _____

g) 在你足趾?
有没有疼痛?
有没有肿胀?
有没有压痛?
有没有僵硬?

不
不
不
不

是
是
是
是

持续了多久 _____
持续了多久 _____
持续了多久 _____
持续了多久 _____

h) 在你肘部?
 有没有疼痛?
 有没有肿胀?
 有没有压痛?
 有没有僵硬?

不
不
不
不

是
是
是
是

持续了多久 _____
 持续了多久 _____
 持续了多久 _____
 持续了多久 _____

i) 在你颈部?
 有没有疼痛?
 有没有压痛?
 有没有僵硬?

不
不
不
不

是
是
是
是

持续了多久 _____
 持续了多久 _____
 持续了多久 _____

j) 在你脊背部?
 有没有疼痛?
 有没有压痛?
 有没有僵硬?

不
不
不
不

是
是
是
是

持续了多久 _____
 持续了多久 _____
 持续了多久 _____

k) 其它? (关节、肌肉、骨骼) 请注明 _____

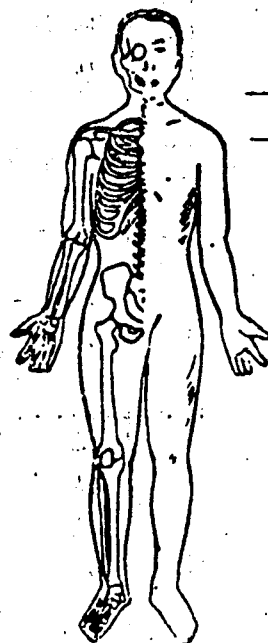
有没有疼痛?
 有没有肿胀?
 有没有压痛?
 有没有肿胀?

不
不
不
不

是
是
是
是

持续了多久 _____
 持续了多久 _____
 持续了多久 _____
 持续了多久 _____

D. 请在下图中用 X 标出你近 7 天来感到疼痛, 压痛 (加压后疼痛), 肿胀或僵硬的部位



左边 右边

- _____ 颈
- _____ 肩
- _____ 胸背部
- _____ 肘
- _____ 腰背部
- _____ 手, 腕
- _____ 髌, 大腿
- _____ 膝
- _____ 踝
- _____ 足趾

D. 在疼痛, 压痛(加压后疼痛), 肿胀或僵硬发生前是否有过一次外伤性事件(如, 扭伤或损伤)?

无
有

如果有, 在疼痛, 压痛(加压后疼痛), 肿胀或僵硬之前, 发生了什么外伤性事件?

骨折
车祸
摔伤
扭伤
其它, 请注明

• 部位 _____

D. 横线中用垂直的记号标出一个点, 以最好地形容在过去7天中的疼痛程度

无

极痛

D₆ 你如何描述你过去7天中的疼痛?

无痛
轻度
中等
严重
极痛

请做E部分

D. 如果你没有问题, 即在过去7天中骨、关节或肌肉没有疼痛, 压痛(加压后疼痛)肿胀或僵硬, 你过去是否有过任何问题, 即骨、关节或肌肉的疼痛, 压痛(加压后疼痛), 肿胀或僵硬。

无……→如果D₁和D₂均为无, 请做J部分
有

D. 哪里有问题, 即疼痛, 压痛(加压后疼痛), 肿胀或僵硬? 你有这一问题有多久了(日, 周, 月, 年)?

a) 在你肩部? 有无疼痛? 有无压痛? 有无僵硬?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	不	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	是	持续了多久 _____ 持续了多久 _____ 持续了多久 _____
b) 在你腕部? 有无疼痛? 有无肿胀? 有无压痛? 有无僵硬?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	不	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	是	持续了多久 _____ 持续了多久 _____ 持续了多久 _____ 持续了多久 _____
c) 在你手部? 有没有疼痛? 有没有肿胀? 有没有压痛? 有没有僵硬?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	不	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	是	持续了多久 _____ 持续了多久 _____ 持续了多久 _____ 持续了多久 _____
d) 在你髋部? 有没有疼痛? 有没有压痛? 有没有僵硬?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	不	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	是	持续了多久 _____ 持续了多久 _____ 持续了多久 _____
e) 在你膝部? 有没有疼痛? 有没有肿胀? 有没有压痛? 有没有僵硬?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	不	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	是	持续了多久 _____ 持续了多久 _____ 持续了多久 _____ 持续了多久 _____
f) 在你踝部? 有没有疼痛? 有没有肿胀? 有没有压痛? 有没有僵硬?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	不	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	是	持续了多久 _____ 持续了多久 _____ 持续了多久 _____ 持续了多久 _____
g) 在你足趾部? 有没有疼痛? 有没有肿胀? 有没有压痛? 有没有僵硬?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	不	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	是	持续了多久 _____ 持续了多久 _____ 持续了多久 _____ 持续了多久 _____

• h) 在你肘部?
 有没有疼痛?
 有没有肿胀?
 有没有压痛?
 有没有僵硬?

不

是

持续了多久 _____
 持续了多久 _____
 持续了多久 _____
 持续了多久 _____

i) 在你颈部?
 有没有疼痛?
 有没有压痛?
 有没有僵硬?

不

是

持续了多久 _____
 持续了多久 _____
 持续了多久 _____

j) 在你脊背部?
 有没有疼痛?
 有没有压痛?
 有没有僵硬?

不

是

持续了多久 _____
 持续了多久 _____
 持续了多久 _____

k) 其它(骨、关节、肌肉)请注明 _____

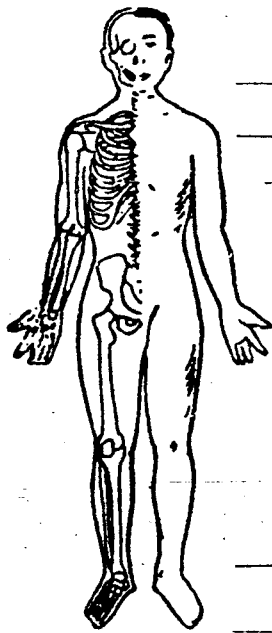
有没有疼痛?
 有没有肿胀?
 有没有压痛?
 有没有僵硬?

不

是

持续了多久 _____
 持续了多久 _____
 持续了多久 _____
 持续了多久 _____

D. 请在图中有 X 标出你曾经感到疼痛、压痛(加压后疼痛), 或肿胀或僵硬的部位



左边 右边

- _____ 颈
- _____ 肩
- _____ 胸背部
- _____ 肘
- _____ 腰背部
- _____ 手, 腕
- _____ 髌, 大腿
- _____ 膝
- _____ 踝
- _____ 足趾

D₁₀ 在疼痛, 压痛(加压后疼痛), 肿胀或僵硬前, 有否曾有过一次外伤事件(如, 扭伤或损伤)?

<input type="checkbox"/>	无
<input type="checkbox"/>	有

如果有, 在疼痛, 压痛, (加压后疼痛), 肿胀或僵硬之前, 发生过什么外伤事件?

<input type="checkbox"/>	骨折	• 部位 _____
<input type="checkbox"/>	车祸	_____
<input type="checkbox"/>	摔伤	_____
<input type="checkbox"/>	扭伤	_____
<input type="checkbox"/>	其它, 请注明 _____	_____

D₁₁ 在横线中用垂直的记号标出一个点, 以最好地形容你记忆中疼痛的程度

无痛 |-----| 极痛

D₁₂ 你如何描述你记忆中疼痛的程度?

<input type="checkbox"/>	无痛
<input type="checkbox"/>	轻度
<input type="checkbox"/>	中等
<input type="checkbox"/>	严重
<input type="checkbox"/>	极痛

• D₁₃ 你是否有过一次累及一个或更多关节的急性疼痛发作? (不包括颈和背部)

<input type="checkbox"/>	否
<input type="checkbox"/>	是

如果是, 在哪个关节

<input type="checkbox"/>	肩?	请注明 _____
<input type="checkbox"/>	肘?	
<input type="checkbox"/>	腕?	
<input type="checkbox"/>	踝?	
<input type="checkbox"/>	手指?	
<input type="checkbox"/>	足大脚趾?	
<input type="checkbox"/>	其它?	

如果是, 疼痛是否未经治疗在 2 周内, 或经治疗后几天内消失?

否
 是

• D₁₄ 你是否曾有过1次以上的急性关节疼痛?

 无
 有

如果有, 疼痛是否通常未经治疗在2周内, 或经治疗后几天内消失

 否
 是

• D₁₅ 你关节, 肌肉, 骨的疼痛、压痛(加压后疼痛), 肿胀、僵硬是否已经持续或曾经持续大于6周?

 否
 是

• D₁₆ 你的一只手或双手的手指是否有麻木感?

 无
 有

• D₁₇ 你的一只手或双手的手指是否有针刺感?

 无
 有

• D₁₈ 你的关节、肌肉、骨骼的疼痛、肿胀、压痛或僵硬, 靠下列有所减轻么?

a) 卧床休息

部位

 不
 是

b) 锻炼

部位

 不
 是

• D₁₉ 你现在或曾经感到沿腿部或足部扩散的剧痛么?

不
是

如果有，是哪个腿或脚？_____

E部分：功能障碍

你现在或曾经有没有由于骨、关节或肌肉的问题即疼痛、压痛（加压后疼痛）肿胀或僵硬而使某类或某些活动受到限制？

现在受限制，注明多长时间（日，周，月或年）

受限时间_____

请做F部分

现在不受限制，但过去曾经受限制。

注明多长时间（日、周、月或年）

受限时间_____

请做G部分。

从未受限制

请做G部分。

F部分：完成特定动作困难

【注：本部分只要目前受限制的对象完成】

本部分我们想更多地了解由于骨、关节、肌肉的疼痛、压痛（加压后疼痛），肿胀或僵硬，你的活动受到怎样的限制。特别是我们想知道你完成与日常生活相关的特定动作有没有困难。

用X标记最能说明你近7天一般能力的回答。

这问题(疼痛、压痛/加压后疼痛，肿胀或僵硬)在过去7天中有没有影响你的下列能力：

没有任何困难 有一些困难 有很多困难 无法完成

自己穿着（包括系鞋带和扭纽扣）？

上下床？

举起装满的杯子并送到嘴边？

在户外的平地上走动

全身的洗澡和擦干

弯腰拾物

	没有任何困难	有一些困难	有很多困难	无法完成
开关水龙头?				
• 上下公共汽车?				
• 下蹲				
• 站立				
• 提物				
• 上厕所				
• 骑自行车				
• 做饭菜				
• 工作				
• 打扫房间卫生				

G部分: 治疗

G₁ 你有没有接受过对于你骨骼、关节或肌肉的疼痛、压痛（加压后疼痛），肿胀或僵硬的治疗么？

	没有 → 请做 G ₂
	有

G₂ 从谁那里？下列中有的都可填

	私人医生
	药房药剂师
	• 地段医院医生
	• 区市医院医生
	风湿或骨科医生
	推拿医生
	理疗医生
	针灸医生
	自我治疗（例如：涂药膏）
	其它，请注明 _____

请让检查者看一下病卡： _____ 医院 _____ 科

G₃ 下列治疗中哪项被用来治疗你的疼痛、压痛（加压后疼痛）肿胀或僵硬？下列有的都可填。

- a) 自己服西药
- b) 服用医生开方的西药
- c) 注射
- d) 理疗
- e) 手术
- f) 特殊饮食疗法
- g) 中药
- h) 针灸、火罐
- i) 推拿
- j) 其它 请注明_____

有无疗效?

有

无

不清楚

G. 有没有一个医生对于你骨骼、关节或肌肉的疼痛、压痛（加压后疼痛），肿胀或僵硬，给你一个名字或诊断？

- 关节炎
- 关节病
- 类风湿性关节炎
- 风湿病
- 骨关节炎
- 痛风
- 纤维肌痛症
- 系统性红斑狼疮
- 强直性脊柱炎
- 退行性骨肌肉病
- 其它
- 请注明_____

G. 如果你有疼痛、压痛（加压后疼痛），肿胀或僵硬，你能如何好地适应这一问题？

- 非常好地适应.....→
- 一般能适应.....→
- 不太能适应.....→
- 不能适应.....→

• H 其它

• H, 在家有几个12岁以上的人和你共同居住? _____人

• H, 住宅情况

a. 居住的地方潮湿么?

	不
	是

b. 屋内有取暖设备么?

	不
	是

c. 屋内有调节装置么(如为厨房厕所而设的排风设备)?

	不
	是

• H. 你就医的性质

	公费
	劳保
	自费
	其它

I. 如果可以的话, 检查者检查一下填表者的各个关节

	右 侧						左 侧							
	疼痛	肿 胀		压痛	畸形	活动受限	骨擦音	疼痛	肿 胀		压痛	畸形	活动受限	骨擦音
		骨组织	软组织						骨组织	软组织				
远端指间关节														
近端指间关节														
掌指关节														
腕关节														
肘关节					x							x		
肩关节		x	x		x				x	x		x		
颈 部		x	x		x				x	x		x		
胸背部		x	x			x			x	x			x	
腰背部		x	x		x				x	x		x		
髋关节		x	x	x	x				x	x	x	x		
膝关节														
踝关节		x							x					
第一近指关节		x				x			x				x	
其它近指关节						x								
远端足趾关节		x				x			x				x	

J 部分：评价

J₁ 你认为此表易懂么？

<input type="checkbox"/>	是
<input type="checkbox"/>	否

J₂ 你对如何改进此表有任何建议么？

<input type="checkbox"/>	无
<input type="checkbox"/>	有

请注明
