

# സന്ധിവാത പേശിരോഗ സർവ്വ ചോദ്യാവലി

സ്റ്റേജ് I, ഫേസ് II

ബ്ലോക്ക്/പഞ്ചായത്ത്..... ഐ.ഡി. നമ്പർ.....

സീരിയൽ നമ്പർ:

തീയതി: 20-10-15

ഒടുവിലത്തെ പേര്:

പേര്: .....

നടുവിലത്തെ പേര്/ഇനിഷ്യൽ: .....

**നിർദ്ദേശം:** ഈ ചോദ്യാവലി ഹെൽത്ത് വൽക്കറുടെ സാന്നിധ്യത്തിൽ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. ഉത്തരം പൂരിപ്പിക്കുമ്പോൾ ഹെൽത്ത് വൽക്കർ യാതൊരു കാരണവശാലും വ്യക്തിയുടെ അഭിപ്രായങ്ങളെ സ്വാധീനിക്കാതിരിക്കാൻ ശ്രദ്ധിക്കണം. ചോദ്യാവലി പൂരിപ്പിക്കുന്നതിൽ സംശയങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ സഹായിക്കേണ്ടതാണ്. അഭിമുഖങ്ങളിൽ വ്യക്തിപരയുന്ന മറുപടി അതുപോലെ പകർത്തേണ്ടതാണ്.

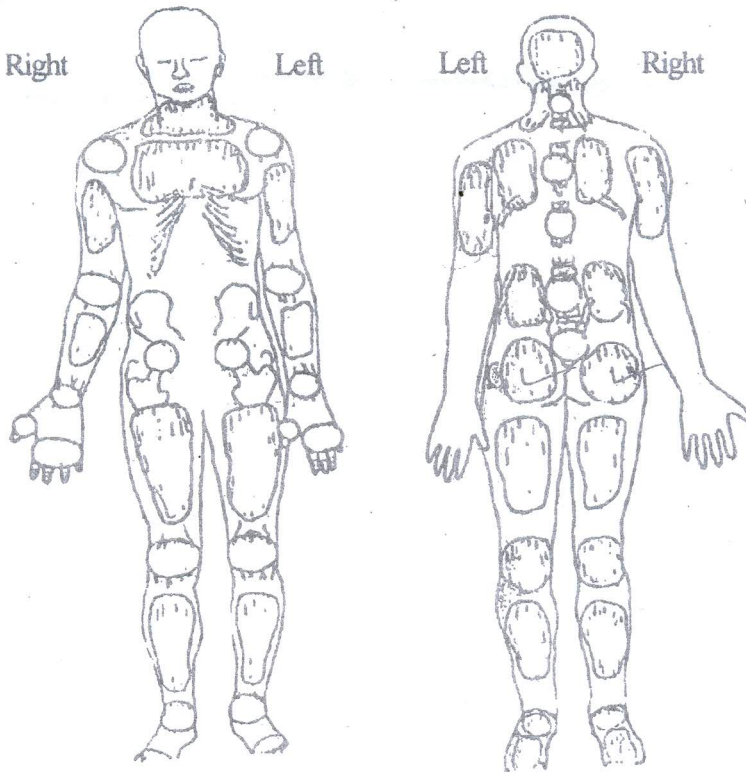
സ്വയം പൂരിപ്പിച്ചത്

അഭിമുഖം നടത്തിയത്

**സെക്ഷൻ എ:** സന്ധിവേദന, പേശിവേദന, വീക്കം, മുറുക്കം

A1. കഴിഞ്ഞ 7 ദിവസങ്ങൾക്കിടയിൽ നിങ്ങൾക്ക് ശരീരത്തിൽ എവിടെയെങ്കിലും സന്ധിവേദന, പേശിവേദന, വീക്കം, മുറുക്കം, പുറംവേദന, കഴുത്തും പുറവും വേദനയും, അനക്കാൻ ബുദ്ധിമുട്ടോ അനുഭവപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ?

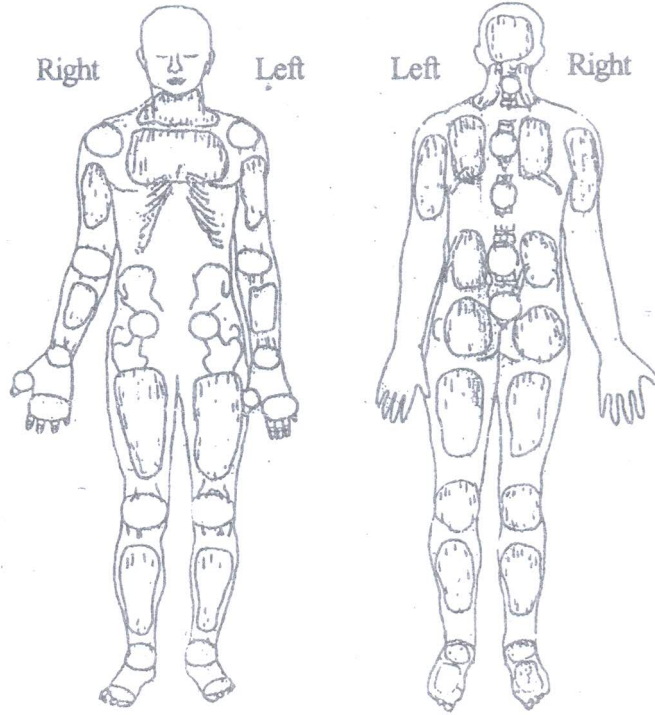
ഇല്ല  ഉണ്ട്, ഉണ്ടെങ്കിൽ വേദനയെ "✓" കൊണ്ടും വീക്കത്തെ "+" കൊണ്ടും താഴെ കാണിച്ചിരിക്കുന്ന ചിത്രത്തിലെ ശരീരഭാഗങ്ങളിൽ അടയാളപ്പെടുത്തുക.



ഇപ്പോൾ ഏറ്റവും കൂടുതൽ വേദന അനുഭവപ്പെടുന്ന ശരീരഭാഗങ്ങൾ എവിടെയൊക്കെ?.....  
 ഇപ്പോൾ ഏറ്റവും കൂടുതൽ stiffness (മുറുക്കം) അനുഭവപ്പെടുന്ന ശരീരഭാഗങ്ങൾ ഏതൊക്കെ?.....  
 ഇപ്പോൾ ഏറ്റവും കൂടുതൽ അനക്കാൻ ബുദ്ധിമുട്ടുള്ള ശരീരഭാഗങ്ങൾ ഏതൊക്കെ?.....

A2. കഴിഞ്ഞ 7 ദിവസങ്ങൾക്ക് മുമ്പ് ശരീരത്തിൽ എവിടെയെങ്കിലും സന്ധിവേദന, പേശിവേദന, വീക്കം, മുറുക്കം,

പുറംവേദന, കഴുത്തും പുറവും വേദനയും അനക്കാൻ ബുദ്ധിമുട്ടും അനുഭവപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ?  ഇല്ല  ഉണ്ട്,  
 ഉണ്ടെങ്കിൽ ചിത്രത്തിലെ ശരീരഭാഗത്തിൽ "✓" അടയാളപ്പെടുത്തുക. വീക്കം ഉണ്ടെങ്കിൽ "x" അടയാളപ്പെടു  
 ത്തുക.



മുൻപ് കൂടുതൽ വേദനയുണ്ടായിട്ടുള്ള ശരീരഭാഗങ്ങൾ ഏതൊക്കെ? .....

മുൻപ് കൂടുതൽ ശൈശ്വലിലെ (മുറുക്കം) ഉണ്ടായിട്ടുള്ള ശരീരഭാഗങ്ങൾ ഏതൊക്കെ?.....

മുൻപ് അനക്കാൻ ബുദ്ധിമുട്ടുണ്ടായിരുന്ന ശരീരഭാഗങ്ങൾ ഏതൊക്കെ?.....

എ) എപ്പോഴാണ് നിങ്ങൾക്ക് ആദ്യമായി വേദനകൾ അനുഭവപ്പെടാൻ തുടങ്ങിയത്?.....

ബി) മുൻപ് വേദനയുണ്ടായിരുന്നെങ്കിൽ എത്രനാൾ വേദന നീണ്ടുനിന്നു?.....

സി) മുൻപ് വേദനയുണ്ടായിരുന്നെങ്കിൽ എപ്പോഴാണ് വേദന ഇല്ലാതായത്?.....

ഡി) നിങ്ങൾക്ക് വേദന ഇടയ്ക്കിടെ വരാറുണ്ടെങ്കിൽ ഓരോ വേദനയും എത്രനാൾ നീണ്ടുനിൽക്കും.

കുറച്ചുദിവസം  4-6 ആഴ്ച  6-12 ആഴ്ച  മൂന്നു മാസത്തിൽ കൂടുതൽ

A3 വേദനയുടെ കാഠിന്യം എത്ര? മുൻപ് :

വേദനയില്ല  ലഘു  മിതമായ വേദന  കഠിനം  അതികഠിനം

സെക്ഷൻ ബി: ദൈനംദിന ജീവിതത്തിലെ പ്രശ്നങ്ങൾ (ഓപ്ഷണൽ)

B1. വേദന നിങ്ങളുടെ ദൈനംദിന ജീവിതത്തിലെ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ചെലുത്തുന്ന സ്വാധീനം

	ഒന്നുമില്ല	ലഘു	മിതം	കഠിനം
കുടുംബ ബന്ധങ്ങൾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
സാമൂഹ്യ ബന്ധങ്ങൾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
വിവാഹബന്ധം (ഭാര്യഭർതൃബന്ധം)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
സാമ്പത്തികസ്ഥിതി	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
കച്ചവടം	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ജോലി ചെയ്യുന്നതിനുള്ള കഴിവ്	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
സ്കൂൾ/കോളേജ് പഠനം	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
മറ്റു ഹോബികൾ, വിനോദം	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
കളികൾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
മറ്റുള്ളവ, വ്യക്തമാക്കുക	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

