

АНКЕТА

Анкета для пациента, нуждающегося в получении обезболивающей терапии
(заполнять анкету может как сам пациент, так и его близкий)

1. Вы: (нужное отметить – X)

ПАЦИЕНТ БЛИЗКИЙ ПАЦИЕНТА

2. Какой у вас (или у вашего близкого) диагноз? (нужное отметить – X)

ОНКОЛОГИЯ НЕ ОНКОЛОГИЯ

3. Ваш возраст _____ Пол (нужное отметить – X) М Ж
(указать)

Регион _____
(вписать)

Населенный пункт (нужное отметить – X) ГОРОД СЕЛЬСКИЙ РАЙОН

4. Как долго у Вас (или у Вашего близкого) длится боль? (укажите количество 1, 2, 3...)

МЕСЯЦЕВ НЕДЕЛЬ ПРОЧЕЕ _____
(указать)

5. Выписывал ли врач рецепты на обезболивающие препараты? (нужное отметить – X)

ДА НЕТ

6. Какие рецепты выписал врач? (нужное отметить – X) ПЛАТНЫЕ БЕСПЛАТНЫЕ

7. Какой врач выписывал Вам рецепт? (нужное отметить – X)

ОНКОЛОГ ТЕРАПЕВТ ВРАЧ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НЕВРОЛОГ
 ДРУГОЙ СПЕЦИАЛИСТ _____
(вписать)

8. Какие препараты Вы (или Ваш близкий) принимаете в настоящее время?

(нужное отметить – X)

АНАЛЬГИН БАРАЛГИН ПАРАЦЕТАМОЛ ДИКЛОФЕНАК КЕТОНАЛ
 КЕТОРОЛ КСЕФОКАМ НИМЕСИЛ ДЕКСАЛГИН ТРАМАДОЛ
 ПРОМЕДОЛ МОРФИН ОМНОПОН МОРФИН ТАБЛЕТКИ (МСТ)
 ПЛАСТЫРИ С ФЕНТАНИЛОМ (ДЮРОГЕЗИК или ФЕНДИВИЯ)
 ДРУГИЕ ПРЕПАРАТЫ (ПРОТИВОСУДОРОЖНЫЕ, СНОТВОРНЫЕ И ПРОЧИЕ) ФИНЛЕПСИН,
АМИТРИПТИЛИН, ЛИРИКА, ФЕНАЗЕПАМ, ДОНОРМИЛ, ДРУГИЕ

(вписать)

9. Сколько времени потребовалось Вам (или Вашему близкому)

на получение обезболивающего с момента появления боли? (нужное отметить – X)

ОТ 1 ДО 3 ЧАСОВ ПОЛДНЯ ЦЕЛЫЙ ДЕНЬ БОЛЕЕ ОДНОГО ДНЯ

10. Как часто приходится посещать поликлинику для получения рецепта? (нужное отметить – X)

1 РАЗ В 7 ДНЕЙ 1 РАЗ В 14 ДНЕЙ 1 РАЗ МЕСЯЦ

ДРУГОЕ _____
(вписать)

11. Сколько времени Вы добираетесь до: *(укажите количество)*

ПОЛИКЛИНИКИ часы : минуты

АПТЕКИ часы : минуты

12. Помогает ли Вам назначенное обезбоживание? *(нужное отметить – X)* **ДА** **НЕТ**

13. Приходилось ли Вам вызывать Службу Скорой помощи для обезбоживания?

ДА **НЕТ**

14. Когда чаще? *(нужное отметить – X)* **ДНЕМ** **НОЧЬЮ**

15. Что для Вас было наиболее сложным (вызывало проблемы)

при получении обезболивающего препарата? *(нужное отметить – X (можно несколько вариантов))*

ЗАПИСАТЬСЯ К ВРАЧУ **ДОРОГА В ПОЛИКЛИНИКУ** **ДОРОГА В АПТЕКУ**

ОЖИДАНИЕ ОЧЕРЕДИ **ПРЕПАРАТА НЕТ В АПТЕКЕ**

**СЛОЖНОСТИ, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗВРАТОМ ПУСТЫХ АМПУЛ
И ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ПЛАСТЫРЕЙ**

ПОЛУЧИТЬ ПРЕПАРАТ В ПРАЗДНИЧНЫЕ ДНИ И \ИЛИ ВО ВРЕМЯ ОТПУСКА ВРАЧА

РАЗГОВОР С ВРАЧОМ: **ВРАЧ УБЕЖДАЕТ, ЧТО БОЛЬ НАДО ТЕРПЕТЬ**

**ВРАЧ НЕ ВЕРИТ, ЧТО РАНЕЕ ВЫПИСАННОЕ ЛЕКАРСТВО
НЕ ДЕЙСТВУЕТ (ПЕРЕСТАЛО ДЕЙСТВОВАТЬ)**

**ВРАЧ НАСТОЯТЕЛЬНО ПРЕДЛАГАЕТ ПЕРЕХОДИТЬ
НА НАРКОТИЧЕСКОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ И НЕ ТЕРПЕТЬ БОЛЬ**

16. Готовы ли Вы терпеть очень сильную боль, но не принимать наркотические обезболивающие препараты?

Вы боитесь привыкания и зависимости: *(нужное отметить – X)*

ДА **НЕТ** **ЗАТРУДНЯЮСЬ ОТВЕТИТЬ**

Вы боитесь скорой смерти из-за наркотиков: *(нужное отметить – X)*

ДА **НЕТ** **ЗАТРУДНЯЮСЬ ОТВЕТИТЬ**

Вы боитесь, что прием наркотических препаратов

сделает Вас психически неадекватным: *(нужное отметить – X)*

ДА **НЕТ** **ЗАТРУДНЯЮСЬ ОТВЕТИТЬ**

Вы не хотите причинять неудобства родственникам: *(нужное отметить – X)*

ДА **НЕТ** **ЗАТРУДНЯЮСЬ ОТВЕТИТЬ**

Большое спасибо! Ваши ответы помогут нам разобраться в проблемах с обезбоживанием для Вас или Ваших близких!