

The Keele STarT Back Screening Tool

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Data: _____

Biorąc pod uwagę **ostatnie dwa tygodnie**, proszę zaznaczyć odpowiedź na każde z poniższych pytań:

		Zgadzam się	Nie zgadzam się			
		1	0			
1	W ciągu ostatnich dwóch tygodni doświadczyłam (em) bólu pleców promieniującego wzdłuż nogi (nóg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2	W ciągu ostatnich dwóch tygodni doświadczyłam (em) bólu ramion albo karku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3	Z powodu bólu pleców pokonuję pieszko tylko niewielkie odległości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4	W ciągu ostatnich dwóch tygodni, z powodu bólu pleców ubierałam (łam) się wolniej niż zwykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5	Wykonywanie aktywności fizycznych nie jest zbyt bezpieczne dla osoby z taką dolegliwością jak moja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6	Bardzo często zamartwiam się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7	Mam poczucie, że mój ból pleców jest okropny i że nigdy się nie poprawi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8	Generalnie nic mnie już nie cieszy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9	Ogólnie, jak bardzo uciążliwy był dla Pani (Pana) ból pleców w ciągu ostatnich dwóch tygodni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wcale	Trochę	Średnio	Bardzo	Ogromnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
0	0	0	1	1		

Całkowity wynik (wszystkie 9 pytań): _____ **Częściowy wynik (pytania 5-9):** _____

The STarT Back Tool system punktacji

