

## PHỤ LỤC 2. BẢNG KIỂM ĐAU RÚT GỌN

Ngày:   /   /    Tên nghiên cứu: (sử dụng khi cần)  
(Ngày) (tháng) (năm)  
Tên người bệnh:      
Mã số nghiên cứu: (Sử     Số nghiên cứu: (sử dụng khi cần)  
dụng khi cần)

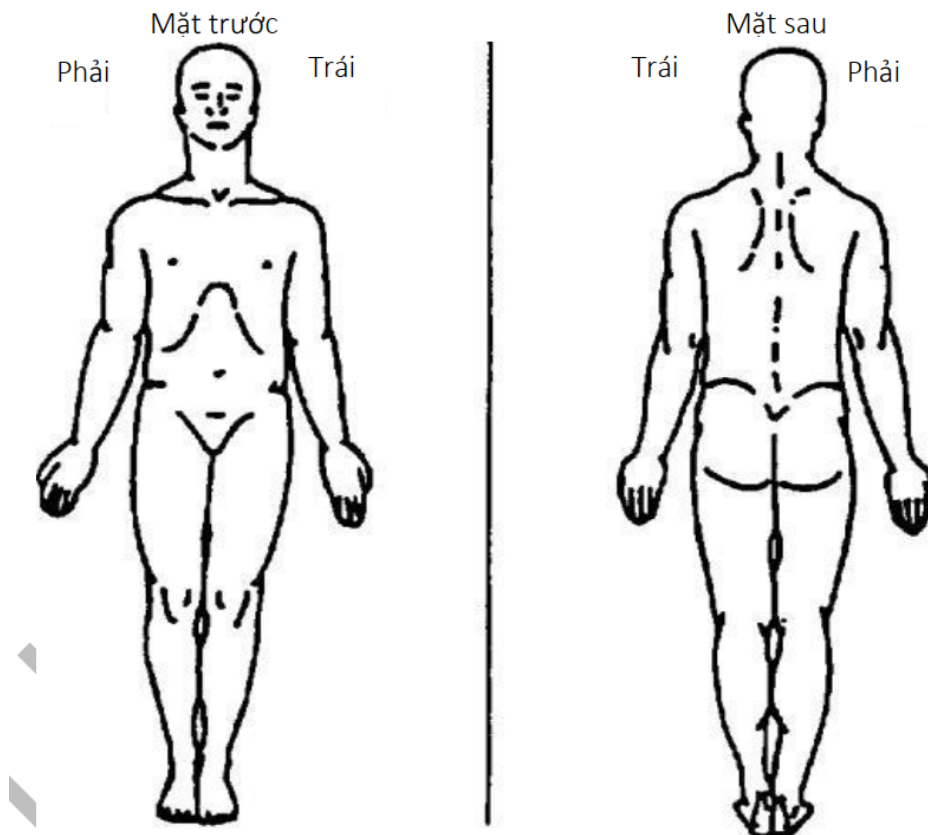
### Bảng kiểm đau rút gọn

1. Trong suốt cuộc đời, phần lớn chúng ta đôi khi có cơn đau (ví dụ như đau đầu nhẹ, bong gân và đau răng). Hôm nay, quý vị có cơn đau nào khác với các loại cơn đau thông thường này hay không?

Có

Không

2. Trong biểu đồ, hãy cho biết các vùng mà quý vị cảm thấy đau. Hãy đánh dấu “X” vào vùng gây đau nhất..



3. Xin vui lòng đánh giá mức độ đau của quý vị bằng cách khoanh tròn vào chữ số mô tả đúng nhất tình trạng đau **tệ nhất** của quý vị trong 24 giờ qua.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Không đau Đau tới mức không thể tưởng tượng được

4. Xin vui lòng đánh giá mức độ đau của quý vị bằng cách khoanh tròn vào chữ số mô tả đúng nhất tình trạng đau **nhẹ nhất** của quý vị.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Không đau Đau tới mức không thể tưởng tượng được

5. Xin vui lòng đánh giá mức độ đau của quý vị bằng cách khoanh tròn vào chữ số mô tả đúng nhất tình trạng đau **vừa phải** của quý vị.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Không đau Đau tới mức không thể tưởng tượng được

6. Xin vui lòng đánh giá mức độ đau của quý vị bằng cách khoanh tròn vào chữ số mô tả tình trạng đau của quý vị nhiều như thế nào **ngay lúc này**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Không đau Đau tới mức không thể tưởng tượng được

7. Quý vị đang nhận được phương thức điều trị cơn đau hoặc thuốc giảm đau nào?

-----  
-----

8. Trong 24 giờ qua, phương thức điều trị cơn đau hoặc thuốc giảm đau đã giúp quý vị giảm bớt cơn đau nhiều ở mức độ như thế nào? Xin khoanh tròn vào mức phần trăm cho biết chính xác nhất mức độ **giảm đau** mà quý vị đã nhận được.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
            
Không giảm đau Hoàn toàn giảm đau

9. Hãy khoanh tròn vào chữ số mô tả cơn đau đã gây trở ngại như thế nào trong 24 giờ trước thông qua:

A. Sinh hoạt thông thường của quý vị

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Không gây trở ngại Gây trở ngại hoàn toàn

B. Tinh thần của quý vị

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Không gây trở ngại Gây trở ngại hoàn toàn

C. Khả năng đi lại của quý vị

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Không gây trở ngại Gây trở ngại hoàn toàn

D. Công việc bình thường (bao gồm cả công việc bên ngoài và trong nhà)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Không gây trở ngại Gây trở ngại hoàn toàn

E. Các mối quan hệ với những người khác

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Không gây trở ngại Gây trở ngại hoàn toàn

F. Giấc ngủ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Không gây trở ngại Gây trở ngại hoàn toàn

G. Tận hưởng cuộc sống

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Không gây trở ngại Gây trở ngại hoàn toàn