

# 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 обезболивание? *(нужное отметить – X)*  **ДА**  **НЕТ**

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

**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 обезболиванием для Вас или Ваших близких!