

OLKAPÄÄKIPUISEN ESITIETOLOMAKE

Nimi _____

Onko sinulla olkapääkipua ensimmäistä kertaa? Ei Kyllä

Kuvaile kuinka olkapääkipu alkoi _____

Kauanko nykyinen kipu on kestänyt? _____

Mitä kipulääkettä olet käyttänyt olkapääkipuun? _____

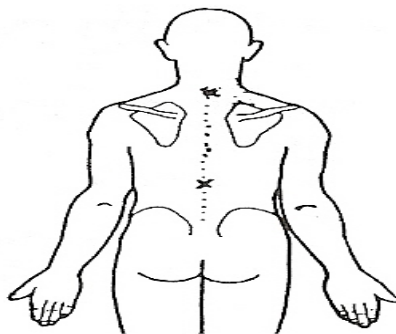
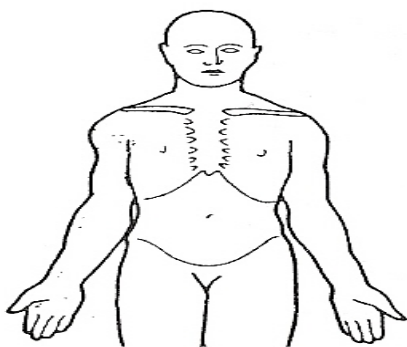
Oletko ollut osallisena tapaturmassa? Ei Kyllä

Onko sinulle tehty röntgen tai magneettitutkimus olkapäästä? Ei Kyllä

Kuinka voimakasta kipua on esiintynyt keskimäärin viimeisen 7 vuorokauden aikana?
Ympyröikää se numero, mikä kuvaa kivun voimakkuutta parhaiten.

ei lainkaan kipua 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 pahin mahdollinen kipu

Merkitse kuvaan nykyisen olkapään kivun kipualueet.



Mikä pahentaa kipua? _____

Mikä helpottaa kipua? _____



Onko sinulla (kahden viimeisen viikon aikana) esiintynyt seuraavia oireita?

Kuumeilua	Ei	Kyllä	<u>Onko olkapäässä tai yläraajassa:</u>		
Yleiskunnon laskua	Ei	Kyllä	Rutinaa/rahinaa	Ei	Kyllä
Kipua hengittäessä	Ei	Kyllä	Voimattomuutta	Ei	Kyllä
Rintakipua rasituksessa	Ei	Kyllä	Puutumista tai pistelyä	Ei	Kyllä
Tulehdustauti	Ei	Kyllä	Säteilevää kipua	Ei	Kyllä
Painonlaskua	Ei	Kyllä			

Rastita sopiva vaihtoehto:

Alkoiko vaiva: pikkuhiljaa ___ yhtäkkisesti ___

Onko kipu: yhtäjaksoista ___ ajoittaista ___

Onko kipu pahimmillaan: aamulla ___ päivällä ___ illalla ___ yöllä ___

Seuraavilla kysymyksillä selvitetään olkanivelesi toimintaa tällä hetkellä.

Ympyröi oikea vaihtoehto: 0= En pysty, 1=Pystyn, mutta paljon vaikeuksia, 2=hieman vaikeuksia, 3= ei ongelmia (normaali tilanne)

	OIKEA	VASEN
1. Pystytkö pukemaan takin? (Käden pujottaminen hihaan)	0123	0123
2. Nukkumaan kyljellä, jos kipeä olkapää on alla?	0123	0123
3. Huolehtimaan wc- käynneillä henkilökohtaisesta hygieniasta?	0123	0123
4. Kampaamaan hiuksesi vieden käden pään päälle ja niskaan?	0123	0123
5. Kurkottamaan tavaroita korkealta hyllyltä?	0123	0123
6. Nostamaan muutaman kilon esineen olkapäätaason yläpuolelle?	0123	0123
7. Heittämään palloa yläkautta?	0123	0123
8. Suoriutumaan normaaleista töistäsi?	0123	0123
9. Harrastamaan normaalisti?	0123	0123

Onko sinulla muita sairauksia?

Ammatti/työnkuva_____

Harrastukset_____

Pituus_____ **cm** **Paino**_____ **kg**

