PAIN RATING SCALE

(Turkish)

Title: ..... Date: .....
First Name: ..... Patient number: .....
Surname: ..... Clinic: .....

Lütfen ağrınızın şiddetini belirtmek için aşağıdaki ölçeği işaretleyin.
Sıfır (0) hiç ağrı olmaması, on (10) ise ağrının çok şiddetli olması anlamına gelir.

Şu anda ağrınız ne kadar **şiddetli**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç ağrı yok										ağrı çok şiddetli

Geçen hafta ağrınız **ortalama olarak** ne kadar **şiddetliydi**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç ağrı yoktu										ağrı çok şiddetliydi

Lütfen şimdi aynı yöntemi kullanarak ağrınızın size **ne kadar sıkıntı verdiğini** belirtin.

Şu anda ağrınız size ne kadar **sıkıntı vermekte**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç sıkıntı vermiyor										çok fazla sıkıntı veriyor

Geçen hafta ağrınız **ortalama olarak** size ne kadar **sıkıntı vermekteydi**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç sıkıntı vermiyordu										çok fazla sıkıntı veriyordu

Lütfen şimdi aynı yöntemi kullanarak ağrınızın **günlük faaliyetlerinizi ne ölçüde etkilediğini** belirtin.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç etkilemiyor										tamamen etkiliyor

Ağrınız için tedavi gördüyseniz bu tedavi ağrınızı ne ölçüde giderdi?

%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
hiç gidermedi										tamamen giderdi

The British Pain Society
An alliance of professionals advancing the understanding and management of pain for the benefit of patients
©The British Pain Society 2005 www.britishpainsociety.org Charity no. 1103260