|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kwestionariusz dla pacjenta | | | |
| Data wypełnienia kwestionariusza ………………………………………….DD/MM/ROK  Data urodzenia ………………………………………….DD/MM/ROK  Płeć: Kobieta □ Mężczyzna □  Początek objawów ………………… (data lub rok) | | | |
| L.p. | **Pytanie** | **Tak** | **Nie** |
| 1. | Czy odczuwasz ból stawów? |  |  |
| 2. | Czy odczuwasz ból nadgarstków/rąk? |  |  |
| 3. | Czy Twoje ręce/ nadgarstki są spuchnięte (obrzęknięte)? |  |  |
| 4. | Czy Twoje stawy są sztywne rano?  (Czy odczuwasz sztywność poranną w stawach?) |  |  |
| 5. | Czy masz problem z zaciśnięciem ręki w pięść? |  |  |
| 6. | Czy od momentu obudzenia się rano mija więcej niż 1 godzina zanim Twoje stawy poruszają się swobodniej? |  |  |
| 7. | Czy te same stawy zajęte są po obu stronach ciała? |  |  |
| 8. | Czy problemy ze stawami mają wpływ na Twoją aktywność życiową np. masz problemy z samoobsługą, wypoczynkiem lub zmieniłeś swoją aktywność zawodową? |  |  |
| 9. | Czy kiedykolwiek ktoś Ci powiedział, że masz reumatoidalne zapalenie stawów? |  |  |
| 10. | Czy ktoś w Twojej rodzinie ma/miał reumatoidalne zapalenie stawów? |  |  |
| 11. | Czy rozpoznano u Ciebie zmiany na skórze określane jako łuszczyca? |  |  |

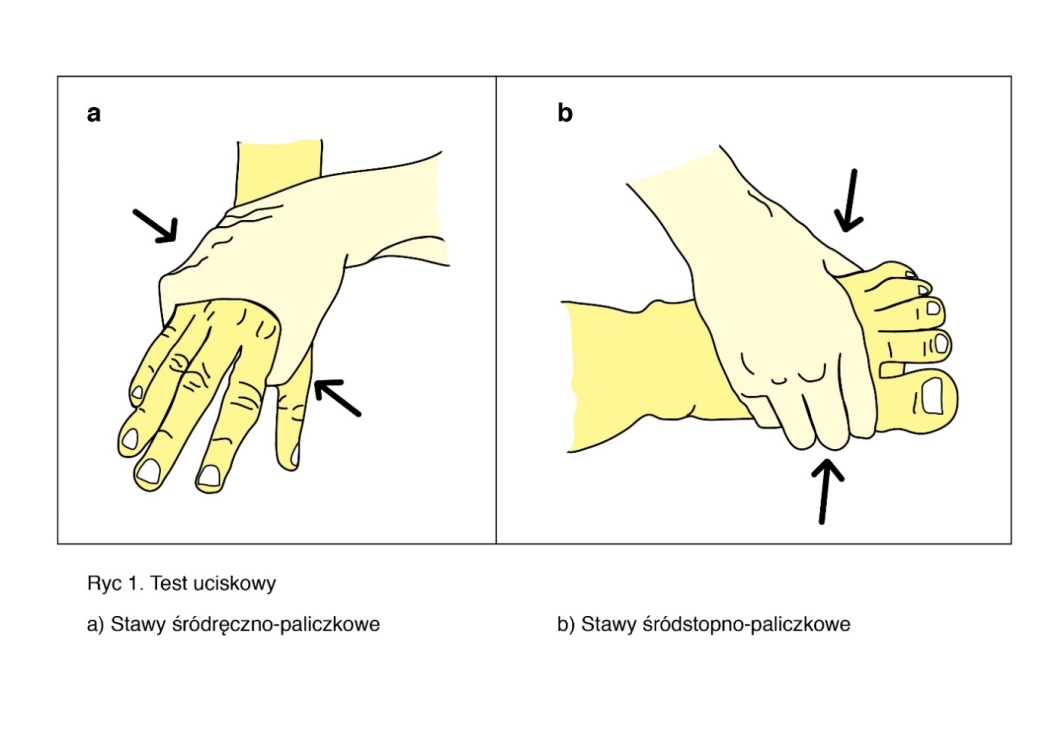
**Interpretacja wyników: ≥6 odpowiedzi na tak z 11 - podejrzenie RZS.**

* **Kwestionariusz dla lekarza rodzinnego:**

Stwierdzenie przynajmniej jednego obrzękniętego stawu lub co najmniej tkliwość dwóch stawów lub ograniczenie ich ruchomości oraz dwa i więcej z następujących kryteriów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kwestionariusz lekarza POZ | | | |
| Data wypełnienia kwestionariusza ………………………………………….DD/MM/ROK  Data urodzenia ………………………………………….DD/MM/ROK  Płeć: Kobieta □ Mężczyzna □  Początek objawów ………………… (data lub rok) | | | |
| L.p. | Pytanie | **Tak** | **Nie** |
| 1. | Sztywność poranna trwająca dłużej niż 1 godzina |  |  |
| 2. | Trudności w zaciśnięciu ręki w pięść w godzinach porannych |  |  |
| 3. | Ból przy przywitaniu i potrząsaniu czyjejś ręki |  |  |
| 4. | Uczucie mrowienia i uczucie wbijania igieł w palcach |  |  |
| 5. | Problem w noszeniu i zakładaniu obrączki i pierścionków |  |  |
| 6. | Problem podczas chodzenia w dotychczasowo używanym obuwiu (trudności w chodzeniu, ból) |  |  |
| 7. | Dodatni wywiad w kierunku występowania RZS w rodzinie |  |  |
| 8. | Uczucie przewlekłego zmęczenia o niejasnej przyczynie trwającego mniej niż rok |  |  |

* **Badanie fizykalne**

W ramach badania fizykalne konieczne jest zastosowanie prostych testów uciskowych w przypadku objawów ze strony stawów rąk i/lub stóp oraz zbadanie innych stawów w przypadku ich bólu i obrzęku. Występowanie bólu na ucisk sugeruje podejrzenie RZS.

**Kryteria wystawienia skierowania do lekarza reumatologa**

|  |  |
| --- | --- |
| * Dodatni wynik kwestionariusza dla pacjenta (powyżej 6 punktów) oraz podwyższone wartości OB. i CRP | * Dodatni wynik kwestionariusza dla pacjenta (co najmniej 6 punktów) i/lub lekarza i dodatni test ściskania ręki i/lub stopy |
| * Dodatni wynik kwestionariusza dla lekarza oraz podwyższone wartości OB. i CRP | * Dodatni wynik kwestionariusza dla pacjenta (co najmniej 6 punktów) i/lub lekarza i dodatni test ściskania innego obrzękniętego stawu |