



Kwestionariusz lekarza POZ			
Data wypełnienia kwestionariusza DD/MM/ROK			
Data urodzenia DD/MM/ROK			
Płeć: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>			
Początek objawów (data lub rok)			
L.p.	Pytanie	Tak	Nie
1.	Szywność poranna trwająca dłużej niż 1 godzina		
2.	Trudności w zaciśnięciu ręki w pięść w godzinach porannych		
3.	Ból przy przywitaniu i potrząsaniu czyjejs 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 wrodzinie		
8.	Uczucie przewlekłego zmęczenia o niejasnej przyczynie trwająceomniej niżrok		

Data i podpis lekarza

.....

