

# أخبرنا عن ألمك

## من ٠ إلى ١٠، ما مدى حدة ألمك؟

بغية تكييف علاجك، غالباً ما يُطرح عليك هذا السؤال لتقييم ألمك بشكل منتظم ومتكرر على غرار قياس حرارتك أو ضغطتك. فبواسطة مسطرة، يُطلب منك تحديد شدة ألمك على مقياس من ٠ إلى ١٠

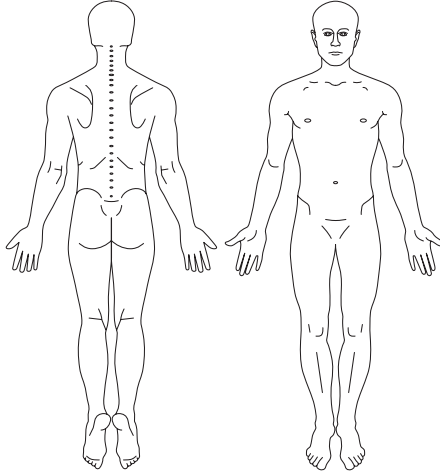
## كيف يمكن مساعدة مقدمي الرعاية الصحية ليخففوا عنك الألم؟

عند تحديدك لأحاسيسك تساهم في إضفاء طابع شخصي على رعايتك الصحية. ويتم إضافة بعد ذلك تلك البيانات على ملفك. ما يضمن تناقلاً أفضل بين مختلف المهنيين الصحيين.

## كيف يمكن التحدث عن ألمك مع مقدمي الرعاية الصحية؟

### منذ متى أشعر بالألم؟

أين مصدر ألمي؟ (حدد أماكن الألم)



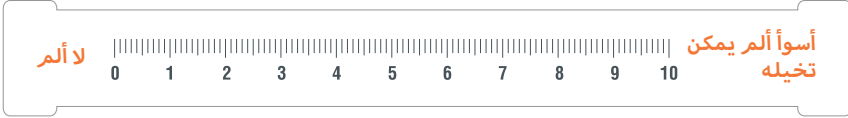
## معلومة إضافية

تتوفّر أدوات أخرى مثل شبكات بيانية مخصصة لتدوين الملاحظات، تسمح بقييم الألم لدى الصغار والأشخاص في حالة غيبوبة أو الذين يعانون من اضطرابات مهمة في التواصل

### ماذا يشبه ألمي؟

- |                                     |   |                                     |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> مقلق       | <input type="checkbox"/> حرقه           | <input type="checkbox"/> دقات       |
| <input type="checkbox"/> مزعج       | <input type="checkbox"/> تقلّصات        | <input type="checkbox"/> طعنات سكين |
|                                     | <input type="checkbox"/> صدمات كهربائية | <input type="checkbox"/> وخز        |
| <input type="checkbox"/> شعور آخر : |   |                                     |

### ما شدة ألمك؟ (ضع دائرة حول الرقم المناسب)



### ما هي الحالات التي تؤثر على حدّة ألمك؟

- |                                       |                                 |   |
|---------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> الإجهاد      | <input type="checkbox"/> الحركة | <input type="checkbox"/> الحالات التي تزيد من الألم |
| <input type="checkbox"/> الراحة       | <input type="checkbox"/> الحر   | <input type="checkbox"/> الوضعية                    |
| <input type="checkbox"/> حالات أخرى : |                                 |   |

- |                                       |                                 |  |
|---------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> الإجهاد      | <input type="checkbox"/> الحركة | <input type="checkbox"/> الحالات المخففة للألم |
| <input type="checkbox"/> الراحة       | <input type="checkbox"/> الحر   | <input type="checkbox"/> الوضعية               |
| <input type="checkbox"/> حالات أخرى : |                                 |  |

### ما هي أوجه حياتك المتأثرة نتيجة ألمك؟

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> المعنويات            | <input type="checkbox"/> النوم |
| <input type="checkbox"/> العلاقات مع الأقارب  | <input type="checkbox"/> العمل |
| <input type="checkbox"/> أوجه أخرى من حياتك : |                                |

### أي علاج (علاجات) جربته (ها) في السابق؟

- علاج طبي \_\_\_\_\_
- علاج غير ط \_\_\_\_\_
- (العلاج الفيزيائي، الإسترخاء، التنويم المغناطيسي... إلخ)
- "طريقة علاج" شخصية \_\_\_\_\_
- علاج آخر : \_\_\_\_\_