

**שאלון השפעת פיברומילגיה על אורח חיים FIQ מתורגם לעברית על ידי  
דר דרור רובינסון**

כמה קשה לך לבצע פעילות זו?

מידת הקושי בביצוע הפעילות	פעילות
קשה במידה קיצונית <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> כלל לא קשה	קניות
קשה במידה קיצונית <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> כלל לא קשה	כביסה ויבוש
קשה במידה קיצונית <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> כלל לא קשה	הכנת ארוחות
קשה במידה קיצונית <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> כלל לא קשה	רחיצת כלים
קשה במידה קיצונית <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> כלל לא קשה	ניקוי שטיח עם שואב
קשה במידה קיצונית <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> כלל לא קשה	להחליף מצעים במיטה
קשה במידה קיצונית <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> כלל לא קשה	ללכת מספר רחובות
קשה במידה קיצונית <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> כלל לא קשה	לבקר חברים
קשה במידה קיצונית <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> כלל לא קשה	לעבוד בחצר
קשה במידה קיצונית <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> כלל לא קשה	לנהוג במכונית
קשה במידה קיצונית <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> כלל לא קשה	לעלות מדרגות

בשבוע האחרון כמה ימים הרגשת טוב ?

7	6	5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---

3. בשבוע האחרון כמה ימים הפסדת ימי עבודה עקב פיברומילגיה?

7	6	5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---

**לפריטים הבאים אנא סמן מה מידת המוגבלות בה חשת בשבוע האחרון**

<b>1.</b>	בעבודה עד כמה היית מוגבל מבחינת פיברומילגיה? לא הפריע לי כלל	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	הפריע לי במידה קשה
<b>2.</b>	מה מידת הכאב ממנו סבלת?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	הפריע לי במידה קשה
<b>3.</b>	מה מידת העייפות בה חשת?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	הפריע לי במידה קשה
<b>4.</b>	כאשר את/ה קם/מה בבוקר האם הינך רענן או הינך עייף/פה?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	הפריע לי במידה קשה
<b>5.</b>	עד כמה היית נוקשה בשבוע האחרון?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	הפריע לי במידה קשה
<b>6.</b>	עד כמה היית בחרדה בשבוע האחרון?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	הפריע לי במידה קשה
<b>7.</b>	עד כמה היית בדכאון בשבוע האחרון?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	הפריע לי במידה קשה
<b>8.</b>	עד כמה היית רגישה למגע בשבוע האחרון?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	הפריע לי במידה קשה
<b>9.</b>	עד כמה הייתה לך הפרעה של יציבות בשבוע האחרון?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	הפריע לי במידה קשה
<b>10.</b>	עד כמה את רגישה לקולות רמים, אורות חזקים, ריחות או קור בשבוע האחרון?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	הפריע לי במידה קשה