

PŘÍLOHY

Příloha A – *Souhlas etické komise*

Příloha B – *Informovaný souhlas pacienta*

Příloha C – *Fotodokumentace vyšetření pacientky*

Příloha D – *Speciální dotazníky pro pacienty se systémovou sklerodermií*

Příloha A – Souhlas etické komise

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6-Vešleslavin

Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, kvalifikační či seminární práce zahrnující lidské účastníky

Název projektu: Kazuistika fyzioterapeutické péče o pacienta s diagnózou systémová sklerodermie

Forma projektu: Bakalářská práce

Období realizace: leden 2020 – duben 2020

Předkladatel: Daniela Jeriová

Hlavní řešitel: Daniela Jeriová

Místo výzkumu (pracoviště): Revmatologický ústav (Na Slupi 4, 128 50 Praha 2)

Vedoucí práce (v případě studentské práce): Mgr. Barbora Heřmánková

Popis projektu: Bakalářská práce má za cíl zpracovat kazuistiku fyzioterapeutické péče o jednoho pacienta s diagnózou systémová sklerodermie. Bude rozdělena do části teoretické a části praktické. Část teoretická bude věnována obecným informacím týkajících se tématu systémová sklerodermie a dostupným léčebným metodám, které lze u této diagnózy aplikovat. Část praktická bude obsahovat kazuistiku jedné pacientky s diagnózou systémová sklerodermie, jejíž součástí bude vstupní a výstupní vyšetření, průběh jednotlivých terapeutických jednotek a zhodnocení efektu terapie.

Charakteristika účastníků výzkumu: Výzkumu se bude účastnit jedna dospělá osoba s diagnózou systémová sklerodermie.

Zajištění bezpečnosti: Terapie bude prováděna pod supervizí Evy Taušové nebo jiného kvalifikovaného fyzioterapeuta z Revmatologického ústavu. Nebudou používány žádné invazivní metody. Budou používány pouze neinvazivní metody a postupy, se kterými jsem já, jako řešitel, byla seznámena v rámci bakalářského studia na UK FTVS. Rizika prováděné terapie a metod nebudou vyšší než běžně očekávaná rizika u tohoto typu terapie.

Etické aspekty výzkumu:

Štětí zájmů: Nejsem v pracovně právním (ani rodinném) vztahu k organizaci, kde je výzkum prováděn. Ochrana osobních dat: Uvědomuji si, že text je anonymizován, neobsahuje-li jakékoli informace, které jednotlivě či ve svém souhrnu mohou vést k identifikaci konkrétní osoby - budu dbát na to, aby jednotlivé osoby nebyly rozpoznatelné v textu práce, zejména v rámci anamnézy. Osobní data, která by vedla k identifikaci účastníků výzkumu, budou do jednoho týdne po ukončení práce s pacientem anonymizována.

Získaná data budou zpracovávána, bezpečně uchována a publikována v anonymní podobě v bakalářské práci, případně v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS

Pořizování fotografií/vidé/audio nahrávek účastníků: V rámci bakalářské praxe mohou být pořízeny fotografie pacienta. Bude-li tomu tak, v případě publikování fotografií v bakalářské práci, budou anonymizovány. Anonymizace osob na fotografiích bude provedena začerněním/rozmazáním obličejů či částí těla, znaků, které by mohly vést k identifikaci jedince. Neanonymizované fotografie budou uloženy v zahaslovaném počítači řešitele v uzamčeném prostoru. Anonymizace osobních dat bude provedena do jednoho dne po testování.

V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.

Text informovaného souhlasu (IS): příložen

Povinností všech účastníků výzkumu na straně řešitele je chránit život, zdraví, důstojnost, integritu, právo na sebeurčení, soukromí a osobní data zkoumaných subjektů, a podniknout k tomu veškerá preventivní opatření. Odpovědnost za ochranu zkoumaných subjektů leží vždy na účastnících výzkumu na straně řešitele, nikdy na zkoumaných, byť dali svůj souhlas k účasti na výzkumu. Všichni účastníci výzkumu na straně řešitele musí brát v potaz etické, právní a regulační normy a standardy výzkumu na lidských subjektech, které platí v České republice, stejně jako ty, jež platí mezinárodně.

Potvrzuji, že tento popis projektu odpovídá návrhu realizace projektu a že při jakékoli změně projektu, zejména použitých metod, zašlu Etické komisi UK FTVS revidovanou žádost.

V Praze dne: 20.1.2020

Podpis předkladatele: 

Vyjádření Etické komise UK FTVS

Složení komise: **Předsedkyně:** doc. PhDr. Irena Parry Martínková, Ph.D.

Členové: prof. PhDr. Pavel Slepíčka, DrSc.

prof. MUDr. Jan Heller, CSc.

PhDr. Pavel Hráský, Ph.D.

Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.

MUDr. Simona Majorová


Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem: 031/2020

dne: 22.1.2020

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a neshledala rozpor s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směry pro provádění výzkumu zahrnujícího lidské účastníky.

Fakulta tělesné výchovy a sportu, Josefa Martího 31, 162 52, Praha 6

razítko UK FTVS 20

podpis předsedkyně EK UK FTVS 

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená paní, vážený pane,

v souladu se Všeobecnou deklarací lidských práv, zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, Helsinskou deklarací, přijatou 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964 ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013) a dalšími obecně závaznými právními předpisy Vás žádám o souhlas s prezentováním a uveřejněním výsledků vyšetření a průběhu terapie prováděné v rámci praxe na, kde Vás příslušně kvalifikovaná osoba seznámila s Vaším vyšetřením a následnou terapií. Výsledky Vašeho vyšetření a průběh Vaší terapie bude publikován v rámci bakalářské práce na UK FTVS, s názvem

Cílem této bakalářské práce je

Získané údaje, fotodokumentace, průběh a výsledky terapie budou uveřejněny v bakalářské práci v anonymizované podobě. Osobní data nebudou uvedena a budou uchována v anonymní podobě. V maximální možné míře zabezpečím, aby získaná data nebyla zneužita.

Jméno a příjmení řešitele Podpis:.....

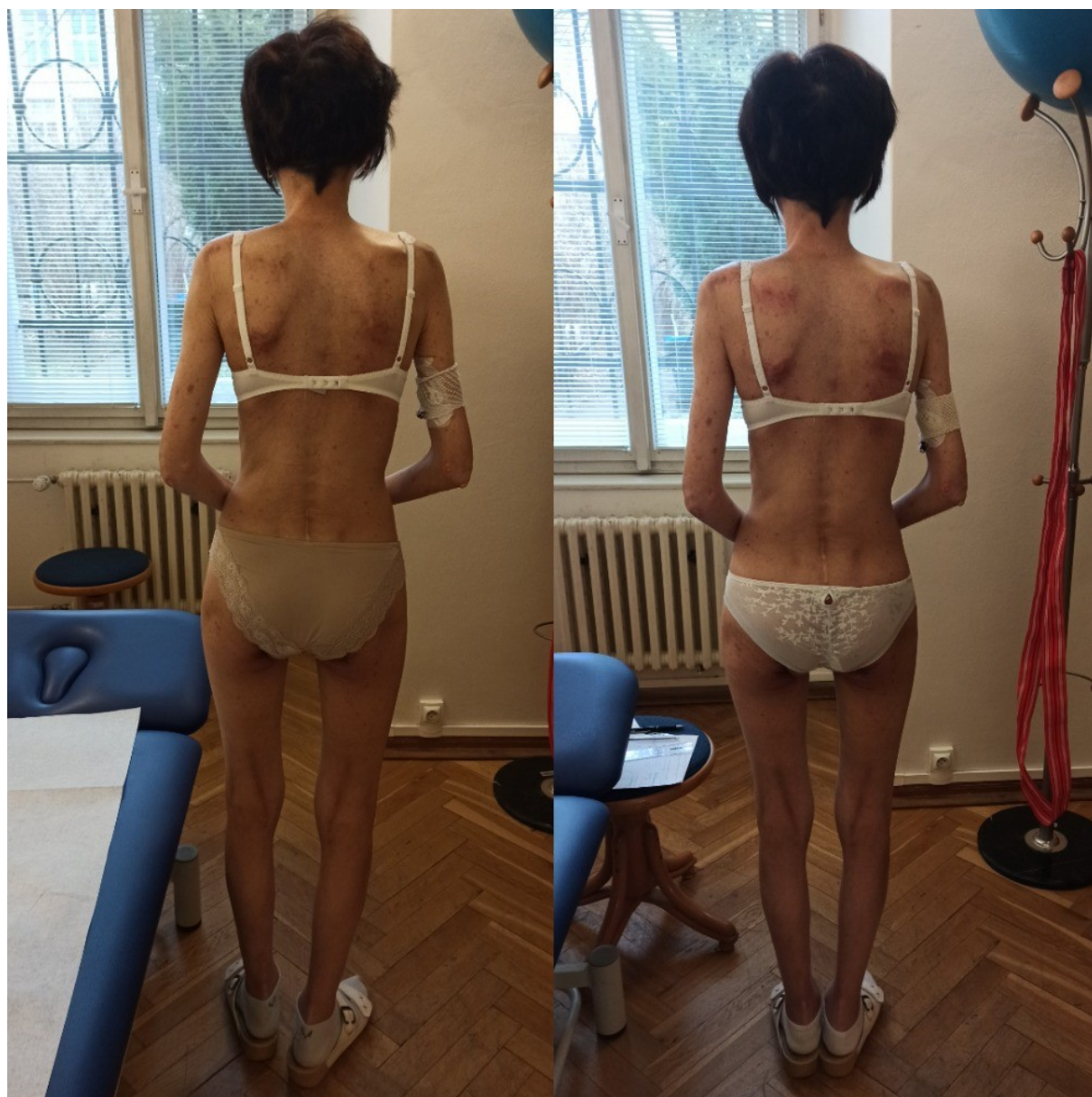
Jméno a příjmení osoby, která provedla poučení Podpis:.....

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s prezentováním a uveřejněním výsledků vyšetření a průběhu terapie ve výše uvedené bakalářské práci, a že mi osoba, která provedla poučení, osobně vše podrobně vysvětlila, a že jsem měl(a) možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace, zeptat se na vše podstatné a že jsem dostal(a) jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl(a) jsem poučen(a) o právu odmítnout prezentování a uveřejnění výsledků vyšetření a průběhu terapie v bakalářské práci nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí, a to písemně zasláním Etické komisi UK FTVS, která bude následně informovat řešitele.

Místo, datum

Jméno a příjmení pacienta Podpis pacienta:

Příloha C – Fotodokumentace vyšetření pacientky



Obrázek 1 - Vyšetření stoje zezadu před terapiemi (vlevo) a po terapiích (vpravo)

(vlastní foto)



Obrázek 2 - Vyšetření stoje z pravého boku před terapiemi (vlevo) a po terapiích (vpravo)

(vlastní foto)



Obrázek 3 - Vyšetření stoje z levého boku před terapiemi (vlevo) a po terapiích (vpravo)

(vlastní foto)



Obrázek 4 - Vyšetření stoje zepředu před terapiemi (vlevo) a po terapiích (vpravo)

(vlastní foto)



Obrázek 5 - Flekční postavení prstů ruky před terapiemi
(vlastní foto)



Obrázek 6 - Flekční postavení prstů pravé (nahore) a levé (dole) ruky po terapiích
(vlastní foto)



Obrázek 7 – Napnutí kůže pravé (nahore) a levé (dole) ruky po terapiích
(vlastní foto)



Obrázek 8 - Obličej pacientky s typickou mikrostomií, rýhováním kolem úst, špičatým nosem a teleangiektáziemi
(vlastní foto)



Obrázek 9 - Hyperémie v oblasti lopatek po terapii

(vlastní foto)

Příloha D – Speciální dotazníky pro pacienty se systémovou sklerodermií

Jméno pacienta: _____

Datum vyšetření: 23.1.2020

R.Č.: _____

Pořadí vyšetření _____

Dotazník MHISS hodnotící funkci tváře a úst (Mouth Handicap in Systemic Sclerosis)

Pravděpodobně je Vám známo, že Vaše onemocnění (systémová sklerodermie) může postihovat i Vaši tvář a ústa. Cílem tohoto dotazníku je zhodnotit, jak moc ovlivňuje postižení Vaši tváře a úst Váš každodenní život.

U každého z následujících tvrzení označte prosím jedno políčko, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

	Nikdy 0	Vzácně 1	Občas 2	Často 3	Vždy 4
1. Mám problém otevřít ústa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Musím se vyhýbat určitým nápojům (perlivé, alkoholické, kyselé nápoje)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mám problém se žvýkáním	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Můj zubař se s obtížemi stará o mé zuby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Můj chrup se zhoršil	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mé rty jsou stažené a/nebo mé tváře jsou vtažené	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Mám sucho v ústech	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Musím často pít	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mé jídlo tvoří potraviny, které dokážu sníst a nikoliv ty, které bych chtěl(a) jíst	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mám problém mluvit srozumitelně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vzhled mého obličeje se změnil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Mám problém se vzhledem mého obličeje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Obrázek 10 - Dotazník MHISS hodnotící funkci tváře a úst před terapiemi

Jméno pacienta: M.T.
R.Č.:

Datum vyšetření: 5.2.2020

Dotazník MHISS hodnotící funkci tváře a úst (Mouth Handicap in Systemic Sclerosis)

Pravděpodobně je Vám známo, že Vaše onemocnění (systémová sklerodermie) může postihovat i Vaši tvář a ústa. Cílem tohoto dotazníku je zhodnotit, jak moc ovlivňuje postižení Vaši tvář a úst Váš každodenní život.

U každého z následujících tvrzení označte prosím jedno políčko, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

	Nikdy 0	Vzácně 1	Občas 2	Často 3	Vždy 4
1. Mám problém otevřít ústa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Musím se vyhýbat určitým nápojům (perlivé, alkoholické, kyselé nápoje)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mám problém se žvýkáním	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Můj zubař se s obtížemi stará o mé zuby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Můj chrup se zhoršil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mé rty jsou stažené a/nebo mé tváře jsou vtažené	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Mám sucho v ústech	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Musím často pít	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mé jídlo tvoří potraviny, které dokážu sníst a nikoliv ty, které bych chtěl(a) jíst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mám problém mluvit srozumitelně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vzhled mého obličeje se změnil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Mám problém se vzhledem mého obličeje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Obrázek 11 - Dotazník MHISS hodnotící funkci tváře a úst po terapiích

Jméno pacienta:
R.Č.:

Datum vyšetření: 23. 1. 2020
Pořadí vyšetření

Dotazník CHFS hodnotící funkci ruky (Cochin Hand Function Scale)

U každé z následujících otázek označte prosím jedno políčko, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

	Ano, bez problémů 0	Ano, s malými problémy 1	Ano, s určitými problémy 2	Ano, s velkými problémy 3	Téměř nedokážu vykonat 4	Nedokážu vykonat 5
V kuchyni:						
1. Dokážete udržet mísu?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dokážete uchopit plnou láhev a zvednout ji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Dokážete udržet talíř plný jídla?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dokážete nalít tekutinu z lahve do sklenice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dokážete odšroubovat víčko od zavařovací sklenice, která již byla otevřená?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dokážete nožem nakrájet maso?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dokážete vidličkou dobře napíchnout věci?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dokážete oloupat ovoce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oblékání:						
9. Dokážete si zapnout košili?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dokážete rozepnout a zapnout zip?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osobní hygiena:						
11. Dokážete zmáčknout novou tubu zubní pasty?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dokážete účinně držet zubní kartáček?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V práci:						
13. Dokážete perem napsat krátkou větu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dokážete perem napsat dopis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné činnosti:						
15. Dokážete otočit kliku od dveří?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Dokážete nůžkami ustříhnout kus papíru?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Dokážete posbírat mince ze stolu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Dokážete otočit klíčem v zámku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrázek 12 - Dotazník CHFS hodnotící funkci ruky před terapiemi

Jméno pacienta: M. T.
R.Č.:

Datum vyšetření: 5.2.2020

Dotazník CHFS hodnotící funkci ruky (Cochin Hand Function Scale)

U každé z následujících otázek označte prosím jedno políčko, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

	Ano, bez problémů 0	Ano, s malými problémy 1	Ano, s určitými problémy 2	Ano, s velkými problémy 3	Téměř nedokážu vykonat 4	Nedokážu vykonat 5
V kuchyni:						
1. Dokážete udržet mísu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dokážete uchopit plnou láhev a zvednout ji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Dokážete udržet talíř plný jídla?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dokážete nalít tekutinu z lahve do sklenice?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dokážete odšroubovat víčko od zavařovací sklenice, která již byla otevřená?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Dokážete nožem nakrájet maso?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dokážete vidličkou dobře napíchnout věci?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dokážete oloupat ovoce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oblékání:						
9. Dokážete si zapnout košili?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dokážete rozepnout a zapnout zip?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osobní hygiena:						
11. Dokážete zmáčknout novou tubu zubní pasty?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dokážete účinně držet zubní kartáček?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V práci:						
13. Dokážete perem napsat krátkou větu?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dokážete perem napsat dopis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné činnosti:						
15. Dokážete otočit kliku od dveří?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Dokážete nůžkami ustříhnout kus papíru?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Dokážete posbírat mince ze stolu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Dokážete otočit klíčem v zámku?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrázek 13 - Dotazník CHFS hodnotící funkci ruky po terapiích

Jméno pacienta:
R.Č.:

Datum vyšetření: 23.1.2020
Pořadí vyšetření:

Dodatek dotazníku SHAQ hodnotící obtíže u systémové sklerodermie

Rádi bychom se také dozvěděli, zda máte v důsledku své nemoci bolesti.

Jak velké bolesti jste měl(a) v důsledku své nemoci **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**

UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA, JAK SILNÉ BYLY VAŠE BOLESTI.

ŽÁDNÉ BOLESTI

VELMI SILNÉ BOLESTI



Nakolik ovlivnily střevní obtíže Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**

UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

STŘEVNÍ OBTÍŽE

NEOMEZUJÍ MĚ ČINNOSTI

VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ



Nakolik ovlivnily dýchací obtíže Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**

UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

DÝCHACÍ OBTÍŽE

NEOMEZUJÍ MĚ ČINNOSTI

VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ



Nakolik ovlivnil Raynaudův fenomén (barevné změny na prstech spojené s bolestivostí či brněním, vyvolané chladem nebo stresem) Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**

UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

RAYNAUDŮV FENOMÉN

NEOMEZUJE MĚ ČINNOSTI

VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ



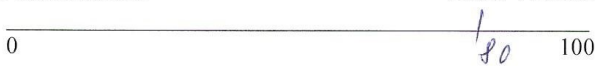
Nakolik ovlivnily vředy na prstech Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**

UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

VŘEDY NA PRSTECH

NEOMEZUJÍ MĚ ČINNOSTI

VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ



Když celkově zvážíte míru bolesti, pocit nepohodlí, omezení ve svém každodenním životě a ostatní tělesné změny a změny ve Vašem životě, za jak závažné byste **DNES** ohodnotil(a) své onemocnění?

UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

ŽÁDNÉ ONEMOCNĚNÍ

VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ



Obrázek 14 - Dotazník hodnotící obtíže u systémové sklerodermie před terapiemi

Jméno pacienta: M.T.
R.Č.:

Datum vyšetření: 5.2.2020
Pořadí vyšetření:

Dodatek dotazníku SHAQ hodnotící obtíže u systémové sklerodermie

Rádi bychom se také dozvěděli, zda máte v důsledku své nemoci bolesti.

Jak velké bolesti jste měl(a) v důsledku své nemoci **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**

UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA, JAK SILNÉ BYLY VAŠE BOLESTI.

ŽÁDNÉ BOLESTI

VELMI SILNÉ BOLESTI



Nakolik ovlivnily střevní obtíže Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**

UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

STŘEVNÍ OBTÍŽE

NEOMEZUJÍ MĚ ČINNOSTI

VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ



Nakolik ovlivnily dýchací obtíže Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**

UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

DÝCHACÍ OBTÍŽE

NEOMEZUJÍ MĚ ČINNOSTI

VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ



Nakolik ovlivnil Raynaudův fenomén (barevné změny na prstech spjaté s bolestivostí či brněním, vyvolané chladem nebo stresem) Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**

UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

RAYNAUDŮV FENOMÉN

NEOMEZUJE MĚ ČINNOSTI

VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ



Nakolik ovlivnily vředy na prstech Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**

UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

VŘEDY NA PRSTECH

NEOMEZUJÍ MĚ ČINNOSTI

VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ



Když celkově zvážíte míru bolesti, pocit nepohodlí, omezení ve svém každodenním životě a ostatní tělesné změny a změny ve Vašem životě, za jak závažné byste **DNES** ohodnotil(a) své onemocnění?

UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

ŽÁDNÉ ONEMOCNĚNÍ

VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ



Obrázek 15 - Dotazník hodnotící obtíže u systémové sklerodermie po terapiích