

BASDAI



لطفا خانه ای را که نشان دهنده جواب شما است، علامت بزنید (برای مثال).

تمامی سوالات به هفته گذشته بر می گردند.

1. شما چگونه سطح کلی خستگی و یا ضعفی را که تجربه کرده اید، توصیف می کنید؟

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

بسیار شدید هیچ

2. شما چگونه سطح کلی درد گردن، پشت یا باسن بیماری AS را که داشته اید، توصیف می کنید؟

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

بسیار شدید هیچ

3. شما چگونه سطح کلی درد و یا تورمی را که در مفاصلی به جز گردن، پشت یا باسن داشته اید، توصیف می کنید؟

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

بسیار شدید هیچ

4. شما چگونه سطح کلی ناراحتی را که از هر ناحیه حساس به لمس یا فشار داشته اید، توصیف می کنید؟

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

بسیار شدید هیچ

5. شما چگونه سطح کلی خشکی صبحگاهی را که از زمان بیدار شدن داشته اید، توصیف می کنید؟

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

بسیار شدید هیچ

6. چه مدت خشکی صبحگاهی شما از زمانی که بیدار می شوید، طول می کشد؟

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

0 ساعت 1 ساعت 2 ساعت یا بیشتر

BASFI

لطفا سطح توانایی خود را با هر یک از فعالیت های زیر در طول هفته گذشته نشان دهید (برای مثال



یک وسیله کمکی وسیله ای است که به شما کمک می کند که کار یا حرکتی را انجام دهید)

1. پوشیدن جوراب یا جوراب شلواریتان بدون کمک یا وسایل کمکی.

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

راحت غیر ممکن

2. خم شدن به جلو از کمر برای برداشتن یک خودکار از زمین بدون وسیله کمکی.

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

راحت غیر ممکن

3. دست دراز کردن به سمت یک قفسه بالا بدون کمک یا وسایل کمکی.

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

راحت غیر ممکن

4. برخاستن از روی صندلی بدون دسته بدون استفاده از دستپایان یا هر نوع کمک دیگری.

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

راحت غیر ممکن

5. برخاستن از روی زمین از حالت خوابیده به پشت، بدون کمک.

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

راحت غیر ممکن

BASDAI



Please tick the box which represents your answer (for example).

All questions refer to **last week**.

1. How would you describe the overall level of fatigue and/or tiredness you have experienced?

2. How would you describe the overall level of **neck, back or hip** pain of the AS disease you have had?

3. How would you describe the overall level of pain and/or swelling you have had in joints **other than** neck, back or hip?

4. How would you describe the overall level of discomfort you have had from any areas tender to touch or pressure?

5. How would you describe the overall level of morning stiffness you have had since wake up time?

6. How long does your morning stiffness last from the time you wake up?

BASFI

Please indicate your level of ability with each of the following activities during **the last week** (for example).

An aid is a piece of equipment that helps you do an activity or movement

1. Putting on your socks or tights without help or an aid.

2. Bending forward from the waist to pick up a pen from the floor without an aid.

3. Reaching up to a high shelf without help or aids.

4. Getting up from an armless chair without using your hands or any other help.

5. Getting up off the floor from lying on your back without help.

6. Standing without support for 10 minutes without discomfort.

7. Climbing 12-15 steps without the use of hand rail or walking aid (**one foot on each step**).

8. Looking over your shoulder without turning your body.

9. Doing physically demanding activities (for example physiotherapy exercises, washing a car or sports).

10. Doing a full day's activities, at home or at work.

6. ایستادن بدون حمایت برای 10 دقیقه بدون ناراحتی.

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

راحت

غیر ممکن

7. بالارفتن 12-15 پله بدون استفاده از نرده یا وسیله کمکی برای راه رفتن (یک پا روی هر پله).

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

راحت

غیر ممکن

8. نگاه کردن از بالای شانه تان بدون چرخاندن بدنتان.

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

راحت

غیر ممکن

9. انجام فعالیتهای فیزیکی دشوار (برای مثال تمرین های فیزیوتراپی، شستن ماشین یا ورزشها).

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

راحت

غیر ممکن

10. انجام فعالیت های یک روز کامل، در خانه یا در سر کار.

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

راحت

غیر ممکن

PASS

با توجه به تاثیر بیماری شما از تمامی جهات بر روی شما، اگر وضعیت شما برای یک ماه آینده به همین شکل باشد، آیا وضعیت خود را رضایت بخش می دانید؟

خیر بله

PASS

Considering all the different ways your disease is affecting you, if you would stay in this state for the next months, do you consider that your current state is satisfactory?

yes no