שאלון (קבוצת הביקורת תמלא שאלות 1 עד 9)

1. נבדק מספר: \_\_\_\_\_\_

2. גיל: \_\_\_\_\_

3. מצב משפחתי: \_\_\_\_\_\_

4. גובה: \_\_\_\_\_\_ 5. משקל: \_\_\_\_\_\_\_

6. מעשן?\_\_\_\_\_\_

7. האם עובד? \_\_\_\_\_\_\_\_ 8. מספר שעות עבודה ביום\_\_\_\_\_

9. האם אופי העבודה הוא יושבני או שרוב העבודה בעמידה? \_\_\_\_\_

10. באיזה גיל חלית במחלת הפוליו? \_\_\_\_

11. מה היו הסימנים של המחלה הראשונית:

חולשה/ שיתוק:

א. ביד אחת ה. בשתי הידיים וברגל אחת

ב. בשתי הידיים ו. בשתי הרגליים וביד אחת

ג. ברגל אחת ז. בשתי הידיים ובשתי הרגליים

ד. בשתי הרגליים

12. האם קיבלת סיוע נשימתי בזמן התקף המחלה? \_\_\_\_\_\_

13. באיזה גיל אובחנת כסובל מתסמונת פוסט פוליו? \_\_\_\_\_\_

14. האם אתה סובל מקושי במאמצים עקב קשיי נשימה? \_\_\_\_\_

15. האם ביצעת בעבר בדיקת תפקודי ריאות/ אובחנת כסובל מבעיה נשימתית? \_\_\_\_\_

16. במידה ואתה סובל מבעיות נשימה, האם טופלת בעבר או מטופל כיום בפיזיותרפיה נשימתית? \_\_\_\_\_

17. האם אתה זקוק בלילה לתמיכה נשימתית? \_\_\_\_\_

18. האם אתה סובל מעקמת גבית? \_\_\_\_\_\_

19. האם אתה זקוק בהליכה למכשירי הליכה? (אם כן, איזה?) \_\_\_\_\_\_

20. האם אתה זקוק בהליכה לאביזרי עזר כגון קביים? (אם כן, איזה?) \_\_\_\_\_\_\_\_

Questionnaire (the control group will fill out Q1 to Q9)

1. Subject number: \_\_\_\_\_\_\_\_

2. Age: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Marital status:\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Height \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5. Weight \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Smoking? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Employed? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. Work hours per day \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Is most work performed while sitting or standing? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. How old were you when you first got infected with the polio virus? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. What were the symptoms of the acute polio?

Weakness / paralysis in:

a) one hand e) both hands and one leg

b) two hands f) both legs and one hand

c) one leg g) both legs and both ands

d) both legs

12. Did you receive respiratory support during acute polio? \_\_\_\_\_\_\_\_

13. How old were you when you were diagnosed with PPS? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Do you suffer from difficulty in strenuous activity due to breathing difficulties? \_\_\_\_\_

15. Have you ever tested/diagnosed for pulmonary dysfunction? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. If so, have you ever been treated or are treated today in respiratory physiotherapy? \_\_\_\_\_\_\_

17. Do you require night respiratory support? \_\_\_\_\_\_\_

18. Do you have scoliosis? \_\_\_\_\_\_

19. Do you use walking aids? If so, which ones? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20. Do you use walking devices, like crutches? If so, which ones? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_