



NDI: INDICE DE DISCAPACIDAD CERVICAL (1989)

Por favor rellene todas las preguntas posibles y marque en cada una SOLO la respuesta que más se aproxime a su caso. Aunque posiblemente en más de una ocasión pudiera aplicar más de una respuesta marque SOLO la que mejor represente su problema.

1.- INTENSIDAD DE DOLOR DE CUELLO.

- * No tengo dolor en este momento.
- * El dolor es muy leve en este momento.
- * El dolor es moderado en este momento.
- * El dolor es fuerte en este momento.
- * El dolor es muy fuerte en este momento.
- * En este momento el dolor es el peor que uno se puede imaginar.

2.- CUIDADOS PERSONALES. (Lavarse, vestirse...)

- * Puedo cuidarme con normalidad sin que me aumente el dolor.
- * Puedo cuidarme con normalidad, pero esto me aumenta el dolor.
- * Cuidarme me duele de forma que tengo que hacerlo despacio y con cuidado.
- * Aunque necesito alguna ayuda, me las arreglo para casi todos mis cuidados.
- * Todos los días necesito ayuda para la mayor parte de mis cuidados.
- * No puedo vestirme, me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

3.- LEVANTAR PESOS.

- * Puedo levantar objetos pesados sin aumento del dolor.
- * Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor.
- * El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo pero lo puedo hacer si están colocados en un sitio fácil como por ejemplo una mesa.
- * El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo pero puedo levantar objetos medianos o ligeros si están colocados en un sitio fácil.
- * Sólo puedo levantar objetos muy ligeros.
- * No puedo levantar ni llevar ningún tipo de peso.

4.- LECTURA.

- * Puedo leer todo lo que quiera sin que me duela el cuello.
- * Puedo leer todo lo que quiera con un dolor leve en el cuello..
- * Puedo leer todo lo que quiera con un dolor moderado en el cuello.
- * No puedo leer todo lo que quiero debido a un dolor moderado en el cuello.
- * Apenas puedo leer por el gran dolor que me produce en el cuello.
- * No puedo leer nada en absoluto.

5.- DOLOR DE CABEZA.

- * No tengo dolor de cabeza.
- * A veces tengo un pequeño dolor de cabeza.
- * A veces tengo un dolor de cabeza moderado.
- * Con frecuencia tengo un dolor moderado de cabeza.
- * Con frecuencia tengo un dolor fuerte de cabeza.
- * Tengo dolor de cabeza casi continuo.

6.- CONCENTRARSE EN ALGO.

- * Me concentro totalmente en algo cuando quiero sin dificultad.
- * Me concentro totalmente en algo cuando quiero con alguna dificultad.
- * Tengo alguna dificultad para concentrarme cuando quiero.
- * Tengo bastante dificultad para concentrarme cuando quiero.
- * Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero.
- * No puedo concentrarme nunca.

7.- TRABAJO Y ACTIVIDADES HABITUALES.

- * Puedo trabajar todo lo que quiero.
- * Puedo hacer mi trabajo habitual pero no más.
- * Puedo hacer casi todo mi trabajo habitual pero no más.
- * No puedo hacer mi trabajo habitual.
- * No puedo trabajar en nada.

8.- CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS.

- * Puedo conducir sin dolor de cuello.
- * Puedo conducir todo lo que quiero pero con un ligero dolor de cuello.
- * Puedo conducir todo lo que quiero pero con un dolor moderado de cuello.
- * No puedo conducir todo lo que quiero debido al dolor de cuello.
- * Apenas puedo conducir debido al intenso dolor de cuello.
- * No puedo conducir nada por el dolor de cuello.

9.- SUEÑO.

- * No tengo ningún problema para dormir.
- * El dolor de cuello me hace perder menos de 1 hora de sueño cada noche.
- * El dolor de cuello me hace perder de 1 a 2 horas de sueño cada noche.
- * El dolor de cuello me hace perder de 2 a 3 horas de sueño cada noche.
- * El dolor de cuello me hace perder de 3 a 5 horas de sueño cada noche.
- * El dolor de cuello me hace perder de 5 a 7 horas cada noche.

10.- ACTIVIDADES DE OCIO.

- * Puedo hacer todas mis actividades de ocio sin dolor de cuello.
- * Puedo hacer todas mis actividades de ocio con algún dolor de cuello.
- * No puedo hacer algunas de mis actividades de ocio por el dolor de cuello.
- * Sólo puedo hacer unas pocas actividades de ocio por el dolor del cuello.
- * Apenas puedo hacer las cosas que me gustan debido al dolor del cuello.
- * No puedo realizar ninguna actividad de ocio.

Nombre: _____

Fecha: _____