



1903

Date:  /  /   
(month) (day) (year)

Subject's Initials : \_\_\_\_\_

Study Subject #:

Study Name: \_\_\_\_\_

Protocol #: \_\_\_\_\_

PI: \_\_\_\_\_

Revision: 07/01/05

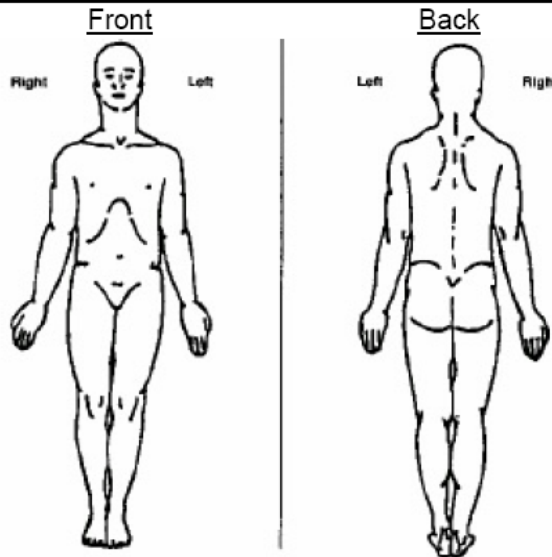
PLEASE USE  
BLACK INK PEN

### Brief Pain Inventory (Short Form)

1. Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?

Yes  No

2. On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.



3. Please rate your pain by marking the box beside the number that best describes your pain at its **worst** in the last 24 hours.

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
No Pain Pain As Bad As You Can Imagine

4. Please rate your pain by marking the box beside the number that best describes your pain at its **least** in the last 24 hours.

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
No Pain Pain As Bad As You Can Imagine

5. Please rate your pain by marking the box beside the number that best describes your pain on the **average**.

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
No Pain Pain As Bad As You Can Imagine

6. Please rate your pain by marking the box beside the number that tells how much pain you have **right now**.

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
No Pain Pain As Bad As You Can Imagine



1903

Date:  /  /   
 (month) (day) (year)

Subject's Initials : \_\_\_\_\_

Study Subject #:

Study Name: \_\_\_\_\_

Protocol #: \_\_\_\_\_

PI: \_\_\_\_\_

Revision: 07/01/05

PLEASE USE  
BLACK INK PEN

**7. What treatments or medications are you receiving for your pain?**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**8. In the last 24 hours, how much relief have pain treatments or medications provided? Please mark the box below the percentage that most shows how much relief you have received.**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<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"/>
No Relief										Complete Relief

**9. Mark the box beside the number that describes how, during the past 24 hours, pain has interfered with you:**

**A. General Activity**  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
 Does Not Interfere Completely Interferes

**B. Mood**  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
 Does Not Interfere Completely Interferes

**C. Walking ability**  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
 Does Not Interfere Completely Interferes

**D. Normal Work (includes both work outside the home and housework)**  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
 Does Not Interfere Completely Interferes

**E. Relations with other people**  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
 Does Not Interfere Completely Interferes

**F. Sleep**  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
 Does Not Interfere Completely Interferes

**G. Enjoyment of life**  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
 Does Not Interfere Completely Interferes

# Vertaling Brief Pain Inventory

STUDIE ID  
NR: \_\_\_\_\_

NIET BOVEN DEZE LIJN  
SCHRIJVEN

ZIEKENHUIS  
NR: \_\_\_\_\_

## Korte Pijn Inventarisatie (Verkorte Versie)

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tijdstip: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_

Achternaam

Voornaam

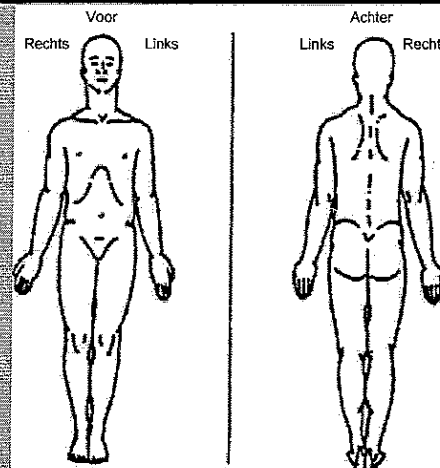
Initialen

1. Tijdens ons leven hebben de meesten van ons af en toe pijn gehad (zoals lichte hoofdpijn, verstuikingen en kiespijn). Heeft u vandaag pijn gehad, anders dan deze alledaagse soorten pijn?

1. Ja

2. Nee

2. Arceer op de afbeelding de gebieden waar u pijn heeft. Plaats een "X" in het gebied waar u de meeste pijn voelt.



3. Score a.u.b. uw pijn door het ene nummer te omcirkelen dat het best uw **ergste** pijn in de afgelopen 24 uur omschrijft.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Geen pijn Pijn zo erg als u zich kunt voorstellen

4. Score a.u.b. uw pijn door het ene nummer te omcirkelen dat het best uw pijn **op z'n minst** in de afgelopen 24 uur omschrijft.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Geen pijn Pijn zo erg als u zich kunt voorstellen

5. Score a.u.b. uw pijn door het ene nummer te omcirkelen dat het best uw **gemiddelde** pijn omschrijft.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Geen pijn Pijn zo erg als u zich kunt voorstellen

6. Score a.u.b. uw pijn door het ene nummer te omcirkelen dat aangeeft hoeveel pijn u **nu** heeft.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Geen Pijn Pijn zo erg als u zich kunt voorstellen

STUDIE ID \_\_\_\_\_  
NR. \_\_\_\_\_

NIET BOVEN DEZE LIJN  
SCHRIJVEN

ZIEKENHUIS \_\_\_\_\_  
NR. \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tijdstip: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_  
Achternaam Voornaam Initialen

7. Welke behandelingen of medicijnen krijgt u voor uw pijn?

8. Hoeveel verlichting hebben pijnbehandelingen of medicijnen u in de afgelopen 24 uur gegeven? Omcirkel a.u.b. het ene percentage dat het meest overeenkomt met de verlichting die u heeft gekregen.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
Geen verlichting Volledige verlichting

9. Omcirkel het ene nummer dat het best omschrijft hoe de pijn in de afgelopen 24 uur belemmerend heeft gewerkt op uw:

A. Algemene activiteit

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Geen belemmering Volledige belemmering

B. Stemming

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Geen belemmering Volledige belemmering

C. Loopvermogen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Geen Belemmering Volledige belemmering

D. Normale werkzaamheden (hieronder valt zowel werk buitenshuis en huishoudelijk werk)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Geen Belemmering Volledige belemmering

E. Relaties met andere mensen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Geen Belemmering Volledige belemmering

F. Slaap

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Geen Belemmering Volledige belemmering

G. Plezier in het leven

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Geen Belemmering Volledige belemmering

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD  
Pain Research Group – Used by permission  
All rights reserved.