

# Neck Index

Form N1-100

rev 3/27/2003

Patient Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*This questionnaire will give your provider information about how your neck condition affects your everyday life. Please answer every section by marking the one statement that applies to you. If two or more statements in one section apply, please mark the one statement that most closely describes your problem.*

## Pain Intensity

- ⓪ I have no pain at the moment.
- ① The pain is very mild at the moment.
- ② The pain comes and goes and is moderate.
- ③ The pain is fairly severe at the moment.
- ④ The pain is very severe at the moment.
- ⑤ The pain is the worst imaginable at the moment.

## Sleeping

- ⓪ I have no trouble sleeping.
- ① My sleep is slightly disturbed (less than 1 hour sleepless).
- ② My sleep is mildly disturbed (1-2 hours sleepless).
- ③ My sleep is moderately disturbed (2-3 hours sleepless).
- ④ My sleep is greatly disturbed (3-5 hours sleepless).
- ⑤ My sleep is completely disturbed (5-7 hours sleepless).

## Reading

- ⓪ I can read as much as I want with no neck pain.
- ① I can read as much as I want with slight neck pain.
- ② I can read as much as I want with moderate neck pain.
- ③ I cannot read as much as I want because of moderate neck pain.
- ④ I can hardly read at all because of severe neck pain.
- ⑤ I cannot read at all because of neck pain.

## Concentration

- ⓪ I can concentrate fully when I want with no difficulty.
- ① I can concentrate fully when I want with slight difficulty.
- ② I have a fair degree of difficulty concentrating when I want.
- ③ I have a lot of difficulty concentrating when I want.
- ④ I have a great deal of difficulty concentrating when I want.
- ⑤ I cannot concentrate at all.

## Work

- ⓪ I can do as much work as I want.
- ① I can only do my usual work but no more.
- ② I can only do most of my usual work but no more.
- ③ I cannot do my usual work.
- ④ I can hardly do any work at all.
- ⑤ I cannot do any work at all.

## Personal Care

- ⓪ I can look after myself normally without causing extra pain.
- ① I can look after myself normally but it causes extra pain.
- ② It is painful to look after myself and I am slow and careful.
- ③ I need some help but I manage most of my personal care.
- ④ I need help every day in most aspects of self care.
- ⑤ I do not get dressed, I wash with difficulty and stay in bed.

## Lifting

- ⓪ I can lift heavy weights without extra pain.
- ① I can lift heavy weights but it causes extra pain.
- ② Pain prevents me from lifting heavy weights off the floor, but I can manage if they are conveniently positioned (e.g., on a table).
- ③ Pain prevents me from lifting heavy weights off the floor, but I can manage light to medium weights if they are conveniently positioned.
- ④ I can only lift very light weights.
- ⑤ I cannot lift or carry anything at all.

## Driving

- ⓪ I can drive my car without any neck pain.
- ① I can drive my car as long as I want with slight neck pain.
- ② I can drive my car as long as I want with moderate neck pain.
- ③ I cannot drive my car as long as I want because of moderate neck pain.
- ④ I can hardly drive at all because of severe neck pain.
- ⑤ I cannot drive my car at all because of neck pain.

## Recreation

- ⓪ I am able to engage in all my recreation activities without neck pain.
- ① I am able to engage in all my usual recreation activities with some neck pain.
- ② I am able to engage in most but not all my usual recreation activities because of neck pain.
- ③ I am only able to engage in a few of my usual recreation activities because of neck pain.
- ④ I can hardly do any recreation activities because of neck pain.
- ⑤ I cannot do any recreation activities at all.

## Headaches

- ⓪ I have no headaches at all.
- ① I have slight headaches which come infrequently.
- ② I have moderate headaches which come infrequently.
- ③ I have moderate headaches which come frequently.
- ④ I have severe headaches which come frequently.
- ⑤ I have headaches almost all the time.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Neck  
Index  
Score

# INDICE DEL CUELLO

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su cuello afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

## Intensidad del Dolor

0. No tengo dolor en este momento.
1. El dolor es muy suave en este momento.
2. El dolor va y viene y es moderado.
3. El dolor es severo en este momento.
4. El dolor es muy severo en este momento.
5. El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento.

## Al Dormir

0. No tengo ningún problema durmiendo.
1. Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora).
2. Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelado por 1-2 horas).
3. Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas).
4. Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas).
5. Mi sueño esta completamente alterado (desvelando por 5-7 horas).

## Lectura

0. Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.
1. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve.
2. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo leer debido al dolor de cuello.

## Concentración

0. Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
1. Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad.
2. Tengo algún grado de dificultad para concentrarme.
3. Tengo mucha dificultad al concentrarme.
4. Tengo muchísima dificultad al concentrarme.
5. No puedo concentrarme.

## Trabajo

0. Puedo hacer tanto trabajo como deseo.
1. Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no más.
2. Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no más.
3. No puedo hacer mi trabajo habitual.
4. Difícilmente puedo hacer algo de trabajo.
5. No puedo hacer ningún trabajo.

## Cuidado Personal

0. Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar más dolor.
1. Puedo cuidar de mí mismo normalmente pero esto causa más dolor.
2. El cuidar de mí mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso.
3. Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.
4. Necesito alguna ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
5. No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama.

## Al Levantar Objetos

0. Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor.
1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (por ejemplo, en una mesa).
3. El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente.
4. Puedo levantar solamente objetos ligeros.
5. No puedo levantar o cargar alguna cosa.

## Al Conducir

0. Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello.
1. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero.
2. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo conducir debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello.

## Recreación

0. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
1. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero.
2. Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello.
3. Puedo tomar parte solamente en unas pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello.
4. Difícilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello.
5. No puedo realizar ninguna actividad recreativa.

## Dolor de Cabeza

0. No tengo dolores de cabeza.
1. Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes.
2. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes.
3. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes.
4. Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes.
5. Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Neck Index Score \_\_\_\_\_