

Name : _____

Date : ____ / ____ / ____

1) How would you describe the overall level of AS neck, back or hip pain you have had?

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

None

Very severe

2) How long does your morning stiffness last from the time you wake up?

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0

1

2 or more hours

3) How active was your spondylitis on average during the last week?

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

Not active

Very active

4) How would you describe the overall level of pain/swelling in joints other than neck, back or hips you have had?

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

None

Very severe

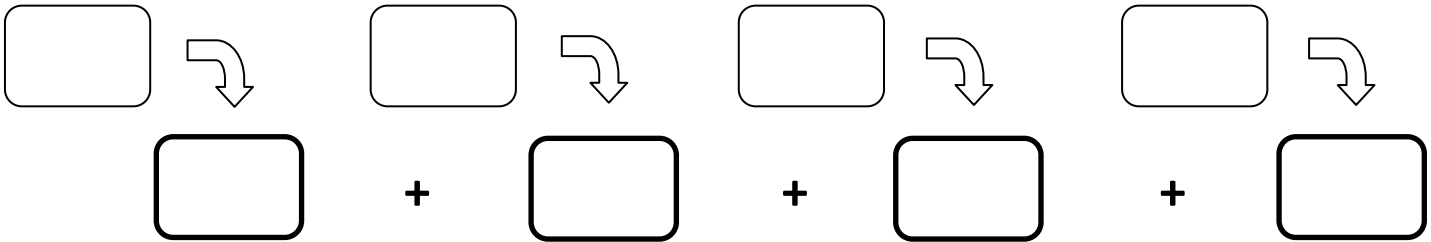
5) Erythrocyte sedimentation rate (mm/h)?

Back Pain	
0	0,0
1	0,1
2	0,2
3	0,2
4	0,3
5	0,4
6	0,5
7	0,6
8	0,6
9	0,7
10	0,8

Morning Stiffness	
0	0,0
1	0,1
2	0,1
3	0,2
4	0,3
5	0,4
6	0,4
7	0,5
8	0,6
9	0,6
10	0,7

Patient Global	
0	0,0
1	0,1
2	0,2
3	0,3
4	0,4
5	0,6
6	0,7
7	0,8
8	0,9
9	1,0
10	1,1

Peripheral Pain/Swelling	
0	0,0
1	0,1
2	0,2
3	0,3
4	0,4
5	0,5
6	0,5
7	0,6
8	0,7
9	0,8
10	0,9



Erythrocyte Sedimentation Rate (mm/h)							
0	0,0	14	1,1	28	1,5	70	2,4
1	0,3	15	1,1	29	1,6	75	2,5
2	0,4	16	1,2	30	1,6	80	2,6
3	0,5	17	1,2	31	1,6	85	2,7
4	0,6	18	1,2	32	1,6	90	2,8
5	0,6	19	1,3	33	1,7	95	2,8
6	0,7	20	1,3	34	1,7	100	2,9
7	0,8	21	1,3	35	1,7	105	3,0
8	0,8	22	1,4	40	1,8	110	3,0
9	0,9	23	1,4	45	1,9	115	3,1
10	0,9	24	1,4	50	2,1	120	3,2
11	1,0	25	1,5	55	2,2	125	3,2
12	1,0	26	1,5	60	2,2	130	3,3
13	1,0	27	1,5	65	2,3	135	3,4

