

## SHOULDER PAIN AND DISABILITY INDEX (SPADI)

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

Date \_\_\_\_\_

**Please read carefully:**

Instructions: Please circle the number that best describes the question being asked.

Pain scale:

No pain at all 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10 Worst pain  
Imaginable

**How severe is your pain?**

1. At its worst?  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
2. When lying on the involved side?  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
3. Reaching for something on a high shelf?  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
4. Touching the back of your neck?  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
5. Pushing with the involved arm?  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Disability scale:

No difficulty 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10 So difficult it  
requires help

**How much difficulty do you have?**

1. Washing your hair?  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
2. Washing your back?  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
3. Putting on an undershirt or pullover sweater?  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
4. Putting on a shirt that buttons down the front?  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
5. Putting on your pants?  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
6. Placing an object on a high shelf?  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
7. Carrying a heavy object of 10 pounds?  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
8. Removing something from your back pocket?  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**OTHER COMMENTS:** \_\_\_\_\_

**Examiner:** \_\_\_\_\_