

NEDAN FINNER DU EN UPPRÄKNING AV NÅGRA
PROBLEM MAN KAN MÖTA I VARDAGSLIVET.

SÄTT ETT KRYSS I JA-RUTAN FÖR DE
PROBLEM DU HAR JUST NU.

SÄTT ETT KRYSS I NEJ-RUTAN FÖR DE PROBLEM
DU INTE HAR.

OM DU ÄR OSÄKER PÅ OM DU SKALL KRYSSA I JA-
ELLER NEJ-RUTAN, SÄTT ETT KRYSS I DEN RUTA
DU TYCKER STÄMMER BÄST IN PÅ DIG JUST NU.
OBS! SVARA PÅ SAMTLIGA FRÅGOR

Ifylles e

1. Jag känner mig jämt trött

JA	NEJ
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	24
--------------------------	----

2. Jag har ont på natten

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

<input type="checkbox"/>	25
--------------------------	----

3. Jag känner mig nere

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

<input type="checkbox"/>	26
--------------------------	----

4. Jag har outhärdlig smärta

JA	NEJ
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	27
--------------------------	----

5. Jag tar tabletter för att kunna sova

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

<input type="checkbox"/>	28
--------------------------	----

6. Jag har glömt hur det är att ha roligt

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

<input type="checkbox"/>	29
--------------------------	----

7. Jag känner mig spänd

JA	NEJ
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	30
--------------------------	----

8. Det gör ont när jag ändrar kroppsställning

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

<input type="checkbox"/>	31
--------------------------	----

9. Jag känner mig ensam

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

<input type="checkbox"/>	32
--------------------------	----

10. Jag kan bara röra mig inomhus

JA	NEJ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	33
--------------------------	----

11. Jag har svårt att böja mig

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	34
--------------------------	----

12. Allting känns som en ansträngning

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

<input type="checkbox"/>	35
--------------------------	----

Kodas: JA=1, NEJ=0

Ifylles ej

13. Jag brukar vakna mycket tidigt på morgonen

JA

NEJ

36

14. Jag är helt oförmögen att gå

37

15. Jag har svårt att få kontakt med andra

38

16. Dagarna känns långa

JA

NEJ

39

17. Jag har svårt att gå i trappor

40

18. Jag har svårt för att sträcka mig efter något

41

OBS! KOM IHÄG ATT OM DU ÄR OSÄKER PÅ
OM DU SKALL KRYSSA I JA- ELLER NEJ-RUTAN,
SÄTT ETT KRYSS I DEN RUTA DU TYCKER
STÄMMER BÄST IN PÅ DIG JUST NU

19. Det gör ont när jag går

JA

NEJ

42

20. Jag är lättirriterad nu för tiden

43

21. Jag känner det som om ingen står mig nära

44

22. Jag ligger vaken mest hela natten

JA

NEJ

45

23. Det känns som om jag håller på att
tappa kontrollen över mig själv

46

24. Det gör ont när jag står

47

Kodning: JA=1, NEJ=0

		JA	NEJ	Ifylles ej	
25.	Jag har svårt att klä på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
26.	Jag orkar väldigt lite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
27.	Jag har svårt att stå länge (t ex vid diskbänken eller busshållplatsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
		JA	NEJ		
28.	Jag har ständig smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51
29.	Det tar lång tid för mig att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52
30.	Jag känner mig som en börda för andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53
		JA	NEJ		
31.	Mina bekymmer håller mig vaken på natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54
32.	Det känns som om livet inte är värt att leva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55
33.	Jag sover dåligt på natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56
		JA	NEJ		
34.	Jag har svårt att komma överens med andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57
35.	Jag behöver hjälp för att kunna gå utomhus (t ex något eller någon att stödja mig på)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58
36.	Det gör ont när jag går i trappor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59
		JA	NEJ		
37.	Jag känner mig nedstämd när jag vaknar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60
38.	Det gör ont när jag sitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61

Kodning: JA=1, NEJ=0

NEDAN FINNER DU EN UPPRÄKNING AV VARDAGS-AKTIVITETER SOM KAN PÅVERKAS AV PROBLEM MED DIN HÄLSA.

SÄTT ETT KRYSS I JA-RUTAN FÖR VARJE AKTIVITET SOM PÅVERKAS AV DITT HÄLSOTILLSTÄND.

SÄTT ETT KRYSS I NEJ-RUTAN FÖR VARJE AKTIVITET SOM INTE PÅVERKAS ELLER SOM INTE GÄLLER DIG.

Vållar Ditt nuvarande hälsotillstånd problem:

Kodas: JA=1, NEJ=0

- | | | JA | NEJ | | |
|-----|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----|
| 39. | Med Dina hushållssysslor
(t ex städning och matlagning, reparationer och småsysslor i hemmet) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 62 |
| 40. | Med Ditt sociala umgänge
(t ex när Du går på stan, träffar vänner, äter ute m m) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 63 |
| 41. | I Ditt familjeliv
(d v s Dina relationer med övriga familjemedlemmar) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 64 |
| 42. | Med det sexuella samlivet | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 65 |
| 43. | Med Dina fritidsintressen
(t ex idrott, handarbete, hobbyverksamhet m m) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 66 |
| 44. | Med semestern
(t ex sommar eller vintersemester, att resa bort över helger m m) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 67 |

Ifylles ej

BLÄDDRA NU TILLBAKA TILL FÖRSTA SIDAN
OCH KONTROLLERA ATT DU BESVARAT ALLA
FRAGOR GENOM ATT SÄTTA ETT KRYSS I
JA- ELLER NEJ-RUTAN

Kodning: JA=1 NEJ=0

Har Du några svårigheter med att:

	nej	ja
Äta själv	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klä på Dig	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå obehindrat inomhus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå i trappor och ta Dig utomhus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promenera 100 m i någonlunda rask takt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ifylles e

- 7
 8
 9
 10
 11

Har Du fått ändra på Din livsstil påtagligt på grund av sjukdom eller skada?

- 1 ja, absolut
 2 ja, i någon mån
 3 varken ja eller nej
 4 nej, knappast
 5 nej, absolut inte

 12

Går Du eller har Du tidigare varit under läkarbehandling för någon eller några av följande sjukdomar?

	Aldrig	Ja, tidigare	Ja under senaste 12 mån
Hjärtinfarkt.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtsvikt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flimmer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
By pass opererad (kranskärlsopererad)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kronisk luftrörskatarr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledgångsvärk	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För låg eller för hög ämnesomsättning	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magsår	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Galstensbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leversjukdom	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan hjärtoperation eller klaffel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26