

Avsikten med detta frågeformulär är att få en mångsidig bild av Ert smärtproblem. Var vänlig svara på frågorna genom att ringa in det svarsalternativ (siffra eller bokstav) som passar bäst in på Er situation samt fylla i de uppgifter som saknas. Frågeformuläret behandlas konfidentiellt.

1. Personuppgifter

Namn _____

Personnummer _____ Längd _____ cm Vikt _____ kg

Hemadress _____

Yrke _____

Civilstånd 1 ogift 2 gift 3 sambo 4 änka/änkling 5 frånskild

Hemmaboende barns födelseår _____

Har ni allergier? I så fall hurdana?? _____

2. Arbetsituation

1 heldagsarbete utom hemmet 8 rehabiliteringsstöd; hurdant? _____

2 deltidarbete utom hemmet 9 pensionerad; vilken pensionsform? _____

3 på moderskaps- el. dyl ledighet 10 studerande

4 tjänsteledig 11 hemma; inga löne- eller andra inkomster

5 pensionerad 12 annat, vad: _____

6 sjukledig; från vilket datum?

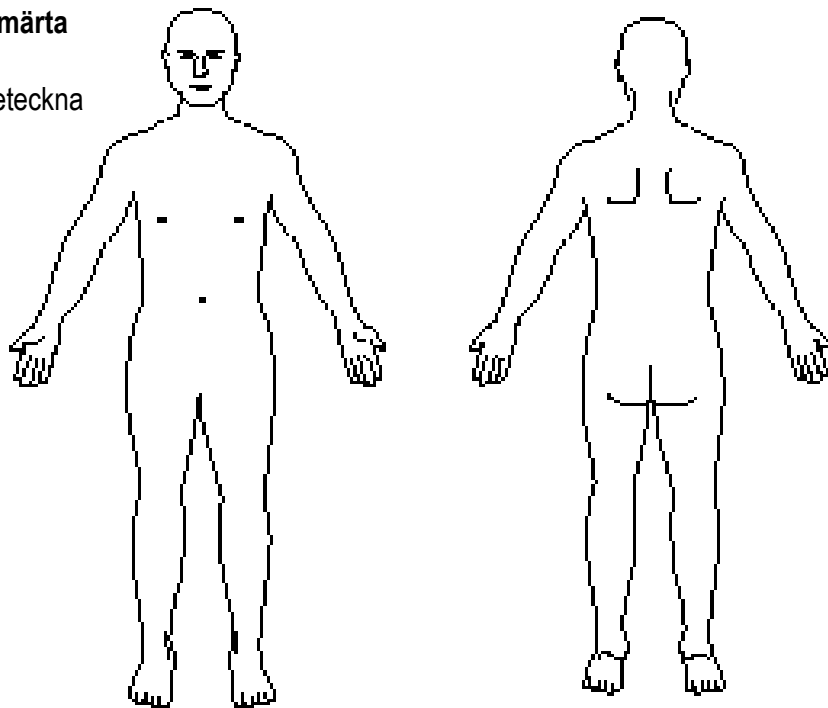
7 uppsagd

3. Har Ni en slags smärta eller olika typer av smärta? Beskriv hurdan smärta Ni har.**4. När och i vilken situation (sjukdom, olyckshändelse el.dyl) började smärtan?****5. Har smärtan / värken förändrats sedan dess? Hur i så fall?**

6. Var känns smärtan? Märk ut på bilden alla de ställen där Ni har smärta eller värk.

Använd följande symboler för att beteckna typen av smärta:

- Värk xxxxxx (kryss)
- Ömmande smärta ///// (snedstreck)
- Brännande smärta oooooo (ringar)



7. I vilken utsträckning begränsar eller försvårar smärtan

	alls	inte mån	i någon mycket	ganska betydligt	
nattsömnen	0	1	2	3	
att gå	0	1	2	3	
att stå	0	1	2	3	
att sitta	0	1	2	3	
påklädningen	0	1	2	3	
att lyfta	0	1	2	3	
att upprätthålla kontakter till vänner och bekanta	0	1	2	3	
sexuallivet	0	1	2	3	
fritidsintressen och hobbies	0	1	2	3	
dagliga sysslor hemma	0	1	2	3	
att röra sig utanför hemmet	0	1	2	3	
koncentrationsförmågan	0	1	2	3	
att köra bil	0	1	2	3	
arbetsförmågan	0	1	2	3	

8. Vad tror Ni att smärtan beror på?

9. Vilken typ av smärta / värk har Ni?

- 1 jämn, oförändrad
- 2 styrkan varierar
- 3 smärtanfall; räcker a sekunder b minuter c timmar d dagar
- 4 flera gånger per dag
- 5 flera gånger i veckan

10. Hur stark är Er smärta just nu? Ringa in den siffra som stämmer bäst; 0=ingen smärta alls, 10=värsta tänkbara smärta

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen smärta Värsta tänkbara smärta

11. Hurdan har Er smärta varit i genomsnitt under den senaste veckan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen smärta Värsta tänkbara smärta

12. Hurdan har Er smärta varit när den har varit som lindrigast under den senaste veckan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen smärta Värsta tänkbara smärta

13. Hurdan har Er smärta varit när den har varit som värst under den senaste veckan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen smärta Värsta tänkbara smärta

14. I hur hög grad upplever Ni er smärta som psykiskt påfrestande just nu?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls Synnerligen påfrestande

20. Röker Ni? 1 Nej 2 Ja; hur många cigaretter per dag? _____

21. Använder Ni alkohol?

1 Inte alls 2 Sällan 3 Ofta

22. Har Ni andra undersökningar, behandlingar eller rehabilitering på gång eller planerade? Vad i så fall?

23. Vem är Er egen läkare (namn, var verksam)?

24. Hur stark är den smärta Ni kunde acceptera, dvs. den smärta som Ni kunde tänka Er att kunna komma till rätta med?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ingen smärta

Värsta tänkbara smärta

25. Vad har Ni för önskemål och förväntningar om undersökningar och behandling?

27. Vad angående Ert smärtproblem bekymrar Er? Vilka frågor skulle Ni vilja ha svar på?