



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

# Frågeformulär för nya REDBANK patienter

## Demografisk information

Dagens datum \_\_\_\_\_

Förnamn \_\_\_\_\_

Efternamn \_\_\_\_\_

Födelsedatum \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Namn på vårdnadshavare om du  
är under 18 år

\_\_\_\_\_

Mobiletelefon/mail till vårdnadshavare om du  
är under 18 år

\_\_\_\_\_

Kön  Man  Kvinna

Gatuadress \_\_\_\_\_

Stad \_\_\_\_\_

Postadress \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

Vi skulle vilja kontakta dig för framtida forskningsstudier. Du kan bestämma senare om du vill delta eller ej. Får vi lov att höra av oss via någon av de ovanstående kontaktvägarna?  JA  NEJ

## Symptom och riskfaktorer

Röker du cigaretter/cigarr?  JA  NEJ

Hur mycket röker du idag? \_\_\_\_\_

Om du någonsin rökt cigaretter / cigarr, när slutade du? \_\_\_\_\_

Kan du dricka alkohol på samma sätt som innan du insjuknade?

JA  NEJ, KAN DRICKA MER  NEJ, KAN DRICKA MINDRE/INTE ALLS  VET EJ

Har du märkt att ditt luktsinne förändrats sedan du blev sjuk?  JA  NEJ

Om ja, har känsligheten?  ÖKAT  MINSKAT  VARIT OFÖRÄNDRAD

Om ja, har bekanta dofter?  FÖRÄNDRATS  VARIT DESAMMA

Har du märkt att ditt smaksinne förändrats sedan du blev sjuk?

Om ja, har känsligheten?  ÖKAT  MINSKAT  VARIT OFÖRÄNDRAD

Vilka smaker har ändrats?  SÖTT  SURT  BESKT  METALL  SALT

Har du en PICC-line (perifert inlagd central venkateter), venport (SVP), central venkateter (CDK) eller annan venös port?  JA  NEJ

### OM DU ÄR KVINNA

Har du menstruerat de senaste 6 månaderna?  JA  NEJ

Har du mer besvär än andra vid ägglossning?  JA  NEJ

Har du mer besvär än andra strax innan menstruation?  JA  NEJ

Har du polycystiska ovarier?  JA  NEJ  VET EJ

Behandlas du med läkemedel pga något av ovanstående symptom?  JA  NEJ

Har du fött barn?  JA  NEJ

Är du i klimakteriet?  JA  NEJ

Tar du hormonbaserade preventivmedel (p-piller eller -stav)?  JA  NEJ

Har du hormon- eller kopparspiral?  JA  NEJ

### OM DU ÄR MAN

Har du diagnostiserats med låga testosteronnivåer?  JA  NEJ

Om ja, när fick du diagnosen i relation till ditt insjuknande?  FÖRE  EFTER

Har du någonsin behandlats för låga testosteronnivåer?  JA  NEJ

Om ja, hur mår du under tiden som du behandlades?  BÄTTRE  SÄMRE  LIKA



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

## Släkthistoria

Har någon förstegradssläkting (föräldrar, far-/morföräldrar, egna barn, syskon) någon av följande sjukdomar/diagnoser?

- |   |  |
|---|--|
| Hypotyreos, autoimmun thyroideasjukdom    | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Diabetes mellitus - typ 1 (barndiabetes)  | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Diabetes mellitus - typ 2 (vuxendiabetes) | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Glutenintolerans/Celiaki                  | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Multipel skleros                          | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Systemisk lupus erytromatosus (SLE)       | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Annan autoimmun sjukdom                   | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |

Vilken? \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| Postural takykardisyndrom (POTS)                     | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Annan ortostatisk intolerans                         | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Hypotoni/vasovagal/neurokardiogen synkope (svimning) | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Ehlers-Danlos syndrom                                | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Ange typ:  |  |
| <input type="radio"/> Klassisk (typ I & II)          |  |
| <input type="radio"/> Hypermobilitet (typ III)       |  |
| <input type="radio"/> Käril (typ IV)                 |  |
| <input type="radio"/> Annan                          |  |
| Annat hypermobilitetsyndrom                          | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Parkinsons sjukdom                                   | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Alzheimer's sjukdom                                  | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Multisystematrofi                                    | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Fibromyalgi  | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Ångestsyndrom/panikångest                            | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Epilepsi   | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |

Beskriv om du kan eventuella andra ärftliga sjukdomar i din familj?

---

## Läkemedel

Har du under den senaste månaden tagit några av följande mediciner?

Intravenös (dropp) näringslösning eller saltdropp?  JA  NEJ

Isf, vilken typ, hur mycket dropp och hur ofta?

---



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

Immunoglobuliner (dropp/IVIG eller spruta/SCIG)

JA  NEJ

Isf, vilken typ, hur mycket dropp och hur ofta?

---

Steroider (t.ex. kortison och varianter därav)

JA  NEJ

Isf, vilken typ, hur mycket dropp och hur ofta?

---

Immunomodulerande annat än steroider/immunoglobulin

JA  NEJ

Isf, vilken typ, hur mycket dropp och hur ofta?

---

Betablockerare

JA  NEJ

Midodrin (Hypotron®)

JA  NEJ

Fludrokortison-acetat (Florinef®)

JA  NEJ

Pyridostigmin (Mestinon®)

JA  NEJ

Ivabradin (Procoralan®)

JA  NEJ

Benzodiazepiner (t.ex. Valium®, diazepam, klonazepam)

JA  NEJ

Morfin (t.ex. oxikodon/Oxynorm®/Oxycontin®, fentanyl, hydrokodon, tramadol)

JA  NEJ

B-vitaminer, tablett eller injektioner

JA  NEJ

Coenzym Q (Q10®)

JA  NEJ

Lågdos naltrexon (LDN)

JA  NEJ

## Allergier

Har du sedan du insjuknade utvecklat nya allergier?

JA  NEJ

Är du allergisk/överkänslig mot något läkemedel?

JA  NEJ



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

Lista isf de medicinerna samt vilken typ av reaktion de har frambringat.

---

---

---

Har du födoämnesallergier?

JA  NEJ

Lista isf de födoämnen samt vilken typ av reaktion de har frambringat.

---

---

---

## Din sjukdomshistoria

Utvecklades de första symptomen på din nuvarande sjukdom inom 3 månader efter något/några av följande? Är du osäker, välj "nej".

Infektion  JA  NEJ

Hjärnskakning eller annat trauma mot hjärnan  JA  NEJ

Bilolycka, fall eller annan kroppsskada (utom hjärnan)  JA  NEJ

Transfusion av blod eller blodplasma  JA  NEJ

Extrem emotionell påfrestning/stress  JA  NEJ

Operation (utom av hjärnan/nervsystemet)  JA  NEJ

Besök hos tandläkare  JA  NEJ

Vaccination  JA  NEJ Mot vad: \_\_\_\_\_

Graviditet  JA  NEJ

Om dina symptom började inom 3 månader efter en infektion, vilken typ av infektion hade du?  Virus  Parasit  Bakterie  Vet inte

Svamp  Föredrar att inte svara

Om du kan, berätta gärna mer om din infektion, speciellt hur diagnos ställdes, vilka dina symptom var och var du tror att du smittades?

---

---



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

Om du angav att en olycka eller skada föregick ditt insjuknande, berätta om den?

---

Om du angav extrem emotionell påfrestning, vad orsakade den?

---

Om du angav en operation, vilken typ av operation, när och var?

---

Blev du sövd eller fick lugnande medel under operationen?  JA  NEJ

Oavsett om du tror att det är kopplat till dina symptom, vilket/vilka vacciner fick du under de 3 månader innan du insjuknade?

---

## Andra diagnoser

Har du fått någon av följande diagnoser?

Komplext regionalt smärtsyndrom (Chronic Regional Pain Syndrome, CRPS;

Sympatisk reflexdystrofi, RSD)  JA  NEJ

ME/CFS  JA  NEJ

POTS  JA  NEJ

Fibromyalgi  JA  NEJ

Migrän  JA  NEJ

Ehlers-Danlos syndrom  JA  NEJ

Om ja, vilkentyp:  Klassisk (typ I & II)

Hypermobilitet (typ III)

Käril (typ IV)

Annan

Annat hypermobilitetsyndrom  JA  NEJ

IBS (irriterad/känslig tarm)  JA  NEJ

Gastropares  JA  NEJ

Kroniskt trötthetssyndrom  JA  NEJ

Mitokondriesjukdom  JA  NEJ

Mastcellaktiveringsstörning  JA  NEJ

Interstitiell cystit  JA  NEJ

Systemisk Lupus Erythematosus (SLE)  JA  NEJ

Reumatoid artrit  JA  NEJ



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

Sjögrens syndrom

JA  NEJ

Spondylit

JA  NEJ

Antifosfolipid-syndrom (APS)

JA  NEJ

Hypertyreos

JA  NEJ

Hypotyreos

JA  NEJ

Diabetes mellitus - typ 1

JA  NEJ

Diabetes mellitus - typ 2

JA  NEJ

Multipel skleros

JA  NEJ

Annan autoimmun sjukdom

JA  NEJ

Beskriv:

Faktor V Leiden (ärftlig APC-resistens)

JA  NEJ

Högt blodtryck (hypertoni)

JA  NEJ

Lågt blodtryck (hypotoni)

JA  NEJ

Generellt ångestsyndrom (GAD)

JA  NEJ

Panikångest

JA  NEJ

Depression

JA  NEJ

Någon form av neuropati

JA  NEJ

Mitralisklaffsprolaps

JA  NEJ

Endometrios

JA  NEJ

Polycystiskt ovariesyndrom

JA  NEJ

Livmoder- eller äggstocksfibroider

JA  NEJ

Sömnpå problem

JA  NEJ

Beskriv:

Epileptisk kramp

JA  NEJ

Cancer

JA  NEJ

Beskriv:

Immunbrist (t.ex. PID, hypogammaglobulinemi)

JA  NEJ

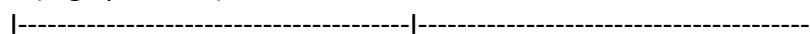
### Sjukdoms-VAS (visuell analog skala)

Hur stort problem har **trötthet eller utmattning** utgjort för dig DEN SENASTE VECKAN? Markera med ett kryss på linjen nedan det tal som bäst beskriver din situation från 0 till 100.

0 (Inga problem)

50

100 (värsta möjliga)





Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

Hur stort problem har **smärta** utgjort för dig DEN SENASTE VECKAN? Markera med ett kryss på linjen nedan det tal som bäst beskriver din situation från 0 till 100.

0 (Inga problem)                      50                      100 (värsta möjliga)  
|-----|-----|

Hur stort problem har **dåligt minne/hjärndimma** utgjort för dig DEN SENASTE VECKAN? Markera med ett kryss på linjen nedan det tal som bäst beskriver din situation från 0 till 100.

0 (Inga problem)                      50                      100 (värsta möjliga)  
|-----|-----|

Hur stort problem har **överkänslighet för ljud/ljus/intryck** utgjort för dig DEN SENASTE VECKAN? Markera med ett kryss på linjen nedan det tal som bäst beskriver din situation från 0 till 100.

0 (Inga problem)                      50                      100 (värsta möjliga)  
|-----|-----|

Hur stort problem har **hjärtrusningar/svimning/yrsel** utgjort för dig DEN SENASTE VECKAN? Markera med ett kryss på linjen nedan det tal som bäst beskriver din situation från 0 till 100.

0 (Inga problem)                      50                      100 (värsta möjliga)  
|-----|-----|

## Hypermobilitet

*Många patienter med RED upplever en gradvis uppluckring av bindväven som leder till instabilitet i leder, överansträngda muskler och konstiga ljud ifrån skelettet.*

Känner du till att du UNDER DE SENASTE 3 MÅNADERNA haft något av följande?

- |   |  |
|---|--|
| Överrörliga leder                           | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Smärta i 4 eller fler leder                 | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Smärta i 1-3 leder eller ryggont            | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Svår sträckning eller vrickning av >2 leder | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Reumatisk värk i mjukdelar/inflammation     | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Hudbristningar (ej pga graviditet)          | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Len, vit/genomskinlig hud                   | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Färgförändring av regnbågshinnan            | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Hängande ögonlock                           | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |
| Åderbräck                                   | <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEJ |





Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

Magmunsbråck

JA  NEJ

Tarmbråck (bråck på magen eller i ljumsken)

JA  NEJ

Prolaps av livmoder eller rektum

JA  NEJ

Prolaps av lillhjärnans tonsiller ("Chiari-syndrom")

JA  NEJ

## Ortostatisk takykardi

*Posturalt ortostatiskt takykardisyndrom (POTS) är vanligt hos de med RED och yttrar sig som en plötsligt uppträdande och mycket snabb hjärtrusning vid lägesförändring ifrån liggande/sittande till stående. Ibland förekommer också yrsel/illamående eller svettning i samband med symptomen.*

Har du blivit diagnostiserad med POTS?  JA  NEJ

Har du besvär med hjärtrusningar när du ställer dig upp?  JA  NEJ

Hur länge har du haft symptom av hjärtrusningar?

- I mindre än ett år
- Mellan ett och fem år
- Mellan fem och tio år
- Mer än tio år

Hur gammal var du när symptomen började? \_\_\_\_\_

När började dina hjärtsymptom i relation till puberteten?

- Innan puberteten
- Alldeles efter puberteten
- Mer än 3 år efter puberteten

När började dina hjärtsymptom i relation till dina övriga symptom?

- Mer än 5 år innan
- 1-5 år innan
- Ungefär samtidigt
- Mer än 1 år efter andra symptom
- Mer än 5 år efter andra symptom

Hur ofta upplever du ortostatiska symptom?

- Jag upplever aldrig eller mycket sällan hjärtrusning när jag står upp
- Jag upplever ibland hjärtrusning när jag står upp
- Jag upplever ofta hjärtrusning när jag står upp
- Jag upplever hjärtrusning när jag står upp varje dag
- Jag upplever alltid hjärterusning när jag står upp



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

Hur påverkar dina ortostatiska symptom dina dagliga aktiviteter?

- De påverkar inte mina dagliga aktiviteter (arbete, ärenden, påklädning, dusch/bad).
- De påverkar mina dagliga aktiviteter endast lite.
- De påverkar mina dagliga aktiviteter ganska mycket.
- De påverkar mina dagliga aktiviteter mycket.
- Jag är sängliggande och/eller rullstolsbunden på grund av mina symptom.

Hur påverkar dina ortostatiska symptom dina möjligheter att stå?

- Jag kan oftast stå så länge jag behöver utan att uppleva ortostatiska symptom
- Jag kan stå längre än 15 minuter innan jag börjar uppleva ortostatiska symptom
- Jag kan stå mellan 5 och 15 minuter innan jag börjar uppleva ortostatiska symptom
- Jag kan stå mellan 1 och 4 minuter innan jag börjar uppleva ortostatiska symptom
- Jag kan stå mindre än en minut innan jag börjar uppleva ortostatiska symptom

## ME/CFS

*Myalgisk encefelopati/kroniskt trötthetssyndrom (ME/CFS) är vanligt hos de med RED och yttrar sig som en extrem trötthet som uppträder flera timmar efter fysisk eller psykisk ansträngning och som inte går att vila bort i kombination med en störd dygnsrytm och dålig sömnkvalitet samt svårigheter att komma ihåg saker, att koncentrera sig (t.ex. för att läsa det här formuläret) eller att uttrycka sig i tal eller skrift.*

Har du blivit diagnostiserad med ME/CFS?

- JA  NEJ

Hur gammal var du när ME-symptomen började? \_\_\_\_\_

Min trötthet har inte pågått hela livet. Den startade vid någon tidpunkt.  JA  NEJ

Tröttheten beror bara eller främst på ansträngning.  JA  NEJ

Min trötthet lindras väsentligt av vila (jag återhämtar mig när jag vilar).  JA  NEJ

När började dina ME-symptom i relation till puberteten?

- Innan puberteten
- Alldeles efter puberteten
- Mer än 3 år efter puberteten



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

När började dina ME-symptom i relation till dina övriga symptom?

- Mer än 5 år innan
- 1-5 år innan
- Ungefär samtidigt
- Mer än 1 år efter andra symptom
- Mer än 5 år efter andra symptom

Hur länge har du haft ME-symptom?

- I mindre än ett år
- Mellan ett och fem år
- Mellan fem och tio år
- Mer än tio år

Drabbas du regelbundet (minst 1 gång per månad) av oförklarlig och ihållande svår fysisk och/eller mental utmattning som leder till en avsevärd minskning av din aktivitetsnivå?  JA  NEJ

Upplever du en ansträngningsutlöst försämring i ditt mående som "vanligen" pågår under mer än 24 timmar efter psykisk eller fysiskt arbete?  JA  NEJ

Har du sömnstörningar eller sömn som inte leder till återhämtning?  JA  NEJ

Upplever du sedan ditt insjuknande avsevärd smärta i leder och/eller muskler, eller huvudvärk av en ny typ eller svårighetsgrad?  JA  NEJ

Har du åtminstone ibland minst två av följande kognitiva eller neurologiska symptom: *Koncentrationssvårigheter, dåligt minne, förvirring, känslighet för ljud/ljus, muskelsvaghet?*  JA  NEJ

Har du symptom från minst två av nedanstående kategorier: *Autonoma nervsystemet (t.ex. ortostatisk intolerans, illamående, IBS), neuroendokrin reglering (t.ex. temperaturkänslighet, viktförändring, stresskänslighet), immunsystemet (ömma lymfknutor, sårig hals, överkänslighet för mat, kemikalier etc.)?*  JA  NEJ

Har symtomen pågått under minst 6 månader i följd?  JA  NEJ

Tröttheten har lett till en rejäl minskning av min yrkesverksamhet, utbildning, sociala eller personliga aktiviteter?  JA  NEJ

Under de senaste 6 månaderna, har du haft nedanstående symptom?

Problem med minne eller koncentration  
Hjärndimma/trögtänkhhet  
Halsont

- JÄMT  IBLAND  ALDRIG
- JÄMT  IBLAND  ALDRIG
- JÄMT  IBLAND  ALDRIG



Version 200730.3

Ömma lymfknotor (t.ex. i armhålan)

Sår i slemhinnor (t.ex. i munnen)

Muskelvärk

Smärta i flera leder utan svullnad eller rodnad

Ny eller värre återkommande huvudvärk

Migrän

Svårigheter att somna

Sömn där du ändå känner dig trött när du vaknar

Trötthet som håller i sig mer än 24 timmar efter ansträngning

JÄMT  IBLAND  ALDRIG

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

JÄMT  IBLAND  ALDRIG

JÄMT  IBLAND  ALDRIG

JÄMT  IBLAND  ALDRIG

JÄMT  IBLAND  ALDRIG

JÄMT  IBLAND  ALDRIG

JÄMT  IBLAND  ALDRIG

JÄMT  IBLAND  ALDRIG

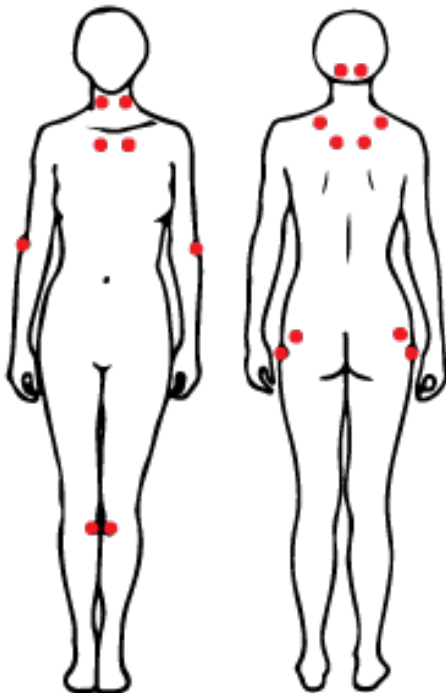
JÄMT  IBLAND  ALDRIG

## Fibromyalgi

*Fibromyalgi är vanligt hos de med RED och yttrar sig som utbredd smärta av olika kvaliteter (molande, stickande, brännande, etc.) i kombination med ömhet och känslighet i huden och över muskelfästen. Ofta flyttar smärtorna runt i kroppen utan något uppenbart mönster.*

Har du sedan minst 3 månader tillbaka ibland värk i höger och vänster kroppshalva, samt ovanför och nedanför midjan samtidigt?  JA  NEJ

Har du sedan minst 3 månader tillbaka ibland värk i kroppens bärande delar (halsrygg, främre bröstorg, bröstrygg och/eller ländrygg)?  JA  NEJ



Om du lätt trycker på senorna på de markerade röda punkterna (**se bild bredvid**), upplever du då omgående eller efter en stunds tryck smärta (inte bara ömhet)? *Du skall bara svara jakande om du får smärtan på minst 11 av följande 18 platser.*

JA  NEJ



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

## Skattning av aktivitetsgrad (RAND-36)

*Kryssa för det alternativ som bäst beskriver dig.*

Hur skulle du beskriva din hälsa, generellt sett:

- Utmärkt
- Våldigt bra
- Oftast bra
- Ibland bra
- Dålig

JÄMFÖRT MED FÖR 1 ÅR SEN, hur mår du nu?

- Mycket bättre nu än för ett år sedan
- Något bättre nu än för ett år sedan
- Ungefär lika som för ett år sedan
- Något sämre än för ett år sedan
- Mycket sämre än för ett år sedan

*Följande frågor avser dagliga aktiviteter som de flesta klarar av.*

Begränsar DIN HÄLSA SOM DEN ÄR NU dig i någon eller alla av dessa aktiviteter?  
Isåfall, hur mycket?

a. Fysisk kraftansträngning som löpning, tunga lyft, deltagande i idrotter?

- Ja, mycket
- Ja, begränsar mig lite
- Nej, begränsar mig inte

b. Vardagliga fysiska aktiviteter, som att flytta ett bord, dammsuga, eller bowla?

- Ja, mycket
- Ja, begränsar mig lite
- Nej, begränsar mig inte

c. Handla mat eller bära kassar med varor?

- Ja, mycket
- Ja, begränsar mig lite
- Nej, begränsar mig inte

d. Gå FLERA trappor upp?

- Ja, mycket
- Ja, begränsar mig lite



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

Nej, begränsar mig inte

e. Gå EN trappa upp?

- Ja, mycket
- Ja, begränsar mig lite
- Nej, begränsar mig inte

f. Böja sig, sitta på knä eller luta sig framåt?

- Ja, mycket
- Ja, begränsar mig lite
- Nej, begränsar mig inte

g. Långsamt gå längre än 1 kilometer

- Ja, mycket
- Ja, begränsar mig lite
- Nej, begränsar mig inte

h. Långsamt gå FLERA KVARTER?

- Ja, mycket
- Ja, begränsar mig lite
- Nej, begränsar mig inte

i. Långsamt gå ETT KVARTER?

- Ja, mycket
- Ja, begränsar mig lite
- Nej, begränsar mig inte

j. Duscha och klä på dig?

- Ja, mycket
- Ja, begränsar mig lite
- Nej, begränsar mig inte

Under de SENASTE 4 VECKORNA, har du någon gång upplevt något av följande på jobbet eller i dina vardagliga sysslor TILL FÖLJD AV DIN SJUKDOM?

Du har minskat TIDEN du hade velat/behövt lägga på en aktivitet?  JA  NEJ

Du har ÅSTADKOMMIT MINDRE än vad du hade velat/behövt?  JA  NEJ

Du har val en annan TYP av aktivitet att utföra?  JA  NEJ

Behövt en EXTRA KRAFTANSTRÄNGNING för att fullfölja en vardaglig syssla?

JA  NEJ



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

Under de SENASTE 4 VECKORNA, har du haft något av följande problem under dina dagliga aktiviteter TILL FÖLJD AV KÄNSLOMÄSSIGA PROBLEM KOPPLADE TILL DIN SJUKDOM (som ångestkänslor eller depression)?

Du har minskat TIDEN du hade velat/behövt lägga på en aktivitet?  JA  NEJ

Du har ÅSTADKOMMIT MINDRE än vad du hade velat/behövt?  JA  NEJ

Du har utfört ditt arbete eller annan aktiviteter MINDRE NOGGRANT ÄN I VANLIGA FALL?  JA  NEJ

Under de SENASTE 4 VECKORNA, i vilken utsträckning har du gjort avkall på normala sociala aktiviteter med familj, vänner, grannar eller grupper till följd av din sjukdom eller dess följdverkningar?

- Inte alls
- Lite grann
- Måttligt
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

Hur mycket FYSISK smärta har du upplevt de SENASTE 4 VECKORNA?

- Ingen
- Våldigt lite
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Våldigt mycket

Under de SENASTE 4 VECKORNA hur mycket har smärtan begränsat dig i ditt vanliga arbete (inkluderar både arbete utanför och i hemmet)?

- Inte alls
- Lite grann
- Måttligt
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

Hur ofta under de SENASTE 4 VECKORNA:

a. ....kände du dig full av livslust?

- Hela tiden
- Nästan jämt
- Ofta
- Ibland



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

- Någon gång då och då
- Inte alls

b. ...har du varit väldigt nervös?

- Hela tiden
- Nästan jämt
- Ofta
- Ibland
- Någon gång då och då
- Inte alls

c. ...har du känt dig så nere att ingenting kan få dig på bättre humör?

- Hela tiden
- Nästan jämt
- Ofta
- Ibland
- Någon gång då och då
- Inte alls

d. ...har du känt dig lugn och harmonisk?

- Hela tiden
- Nästan jämt
- Ofta
- Ibland
- Någon gång då och då
- Inte alls

e. ...har du haft mycket energi?

- Hela tiden
- Nästan jämt
- Ofta
- Ibland
- Någon gång då och då
- Inte alls

f. ...har du känt dig nedstämd eller deprimerad?

- Hela tiden
- Nästan jämt
- Ofta
- Ibland
- Någon gång då och då
- Inte alls





Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

g. ...har du känt dig fysiskt utmattad?

- Hela tiden
- Nästan jämt
- Ofta
- Ibland
- Någon gång då och då
- Inte alls

h. ...har du känt dig lycklig?

- Hela tiden
- Nästan jämt
- Ofta
- Ibland
- Någon gång då och då
- Inte alls

i. ...har du varit trött?

- Hela tiden
- Nästan jämt
- Ofta
- Ibland
- Någon gång då och då
- Inte alls

Hur SANNA är följande påståenden om dig?

a. Jag verkar bli sjuk lättare än andra.

- Helt sant
- Sant ibland
- Jag vet inte
- Inte särskilt sant
- Osant

b. Jag är lika frisk som alla andra.

- Helt sant
- Sant ibland
- Jag vet inte
- Inte särskilt sant
- Osant

c. Jag tror att min hälsa kommer att förändras till det sämre.

- Helt sant
- Sant ibland
- Jag vet inte
- Inte särskilt sant



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

Osant

d. Min hälsa är utmärkt

Helt sant

Sant ibland

Jag vet inte

Inte särskilt sant

Osant

### Skattning av sjukdomsaktivitet (KOMPASS 31)

1. Det senaste året, har du någonsin känt dig yr, "konstig" eller haft svårt att tänka klart direkt efter det att du har ställt dig upp från sittande eller liggande position?

JA  NEJ

2. När du står upp, hur ofta framkallas dessa känslor eller symtom?

Sällan

Ibland

Ofta

Nästan alltid

3. Hur allvarliga bedömer att de här känslorna eller symtomen är?

Inte så farliga

Ganska jobbiga

Fruktansvärda

4. Under det senaste året, har de här känslorna eller symtomen du upplevt:

Blivit mycket värre

Blivit lite värre

Varit ungefär likadana som förut

Blivit något bättre

Blivit mycket bättre

Helt försvunnit

5. Under det senaste året, har du upptäckt övergående förändringar i hudfärg, som röd, vit eller lila?  JA  NEJ

6. Vilka kroppsdelar har påverkats av dessa hudfärgs-förändringar? (kryssa i de alternativ som stämmer)  Händer  Fötter  Ben  Armar  Bål  Ansikte

7. Har dessa förändringar i hudfärg under det senaste året, blivit:

Mycket värre

Lite värre

Oförändrade

Något bättre

Mycket bättre



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

Helt försvunnit

8. Under de senaste 3 åren, vilka förändringar (om några) har du upptäckt i din kroppstemperatur och dess reglering genom svettning?

- Jag har svettats mycket mer än jag brukar
- Jag har svettats något mer än jag brukar
- Jag har inte lagt märke till någon skillnad
- Jag har svettats något mindre än vanligt
- Jag har svettats mycket mindre än vanligt

- Jag får oftare feber (>38°C)
- Jag får feber ungefär som tidigare
- Jag får mindre ofta feber

9. Känns dina ögon ofta torra?  JA  NEJ

10. Är du väldigt torr i munnen?  JA  NEJ

11. Under det senaste året, har du lagt märke till om du blir hungrig och hur snabbt du sedan blir mätt när du äter en måltid?

- Jag blir mer hungrig än innan
- Ungefär samma
- Jag blir mindre hungrig än innan
  
- Jag blir mätt mycket snabbare än förr
- Jag blir mätt snabbare än förr
- Jag har inte noterat någon förändring
- Det tar längre att bli mätt än förr
- Det tar mycket längre att bli mätt än förr

12. Under det senaste året, har du känt dig överäten eller konstant mätt (däst) efter en måltid?

- Aldrig
- Ibland
- Ofta

13. Under det senaste året, har du kräcks efter en måltid?

- Aldrig
- Ibland
- Ofta

14. Under det senaste året, har du haft magkramper eller magknip?



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

- Aldrig
- Ibland
- Ofta

15. Under det senaste året, har du haft diarré?  JA  NEJ

Om ja, hur många gånger per dag, vecka eller månad i genomsnitt?

---

16. Hur allvarliga är de här diarréepisoderna?  Inte så farliga  
 Ganska jobbiga  
 Fruktansvärda

17. Jämfört med för ett år sedan är dina diarréproblem  Mycket värre  
 Något värre  
 Oförändrat  
 Något bättre  
 Mycket bättre  
 Helt borta

18. Under det senaste året, har du varit förstoppad?  JA  NEJ

Om ja, hur många gånger per dag, vecka eller månad i genomsnitt?

---

19. Hur allvarliga är förstoppningarna?  Inte så farliga  
 Ganska jobbiga  
 Fruktansvärda

20. Jämfört med för ett år sedan, är din förstoppning:  Mycket värre  
 Något värre  
 Oförändrad  
 Något bättre  
 Mycket bättre  
 Helt borta

21. Har du under din sjukdomsperiod helt eller delvis förlorat kontrollen över urinblåsan så att du har kissat på dig?

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Hela tiden



Version 200730.3

*Dina svar behandlas konfidentiellt*

Om ja, hur många gånger per dag, vecka eller månad i genomsnitt?

---

22. Under det senaste året, har du haft svårt att få ut kiss ur urinblåsan?

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Hela tiden

Om ja, hur många gånger per dag, vecka eller månad i genomsnitt?

---

23. Under det senaste året har skarpt ljus besvärat dig?

- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Hela tiden

24. Under det senaste året har ljud besvärat dig?

- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Hela tiden

25. Hur jobbiga är dessa besvär?

- Inte så farliga
- Ganska jobbiga
- Fruktansvärda

26. Under det senaste året, har du haft svårt att fokusera blicken?

- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Hela tiden

*Tack för att du har tagit dig tid att besvara våra frågor!*