



BASUPPGIFTER HALS- & BRÖSTRYGG

Personnummer:

Löpnummer:

Datum för ifyllande:

Det är viktigt att Du försöker fylla i alla frågor så långt det är möjligt.

Längd: cm

Vikt:kg

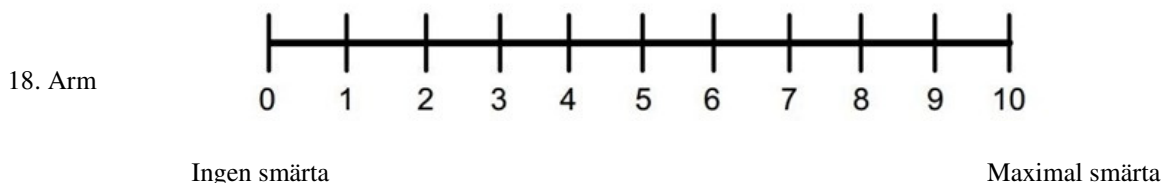
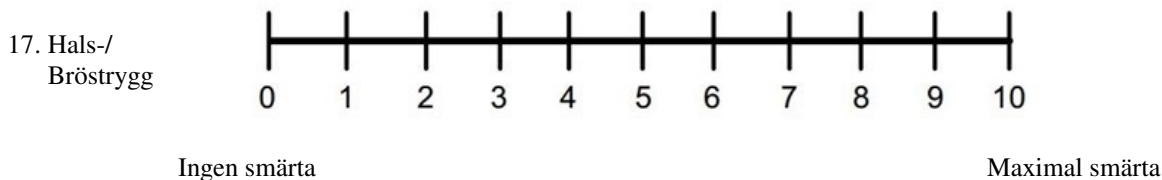
1. Röker Du? 1. Ja 0. Nej
2. Har Du tidigare genomgått någon Hals-/bröstryggsoperation?
Om ja, hur många? 1. Ja 0. Nej
Antal:.....
3. Har Du för närvarande ålderspension? 1. Ja, på heltid
 2. Ja, på deltid
 0. Nej
4. Hur fysiskt betungande är Ditt nuvarande förvärvsarbete? 0. Jag förvärvsarbetar inte
 1. Lätt
 2. Medeltungt
 3. Tungt
5. Är Du för närvarande arbetslös? 1. Ja
 0. Nej
6. Har Du för närvarande sjukpenning?
Om ja, sedan hur länge?..... 1. Ja, helt pga mina hals-/bröstrygg/armbesvär
 2. Ja, delvis pga mina hals-/bröstrygg/armbesvär
 3. Ja, pga annan sjukdom
 0. Nej
7. Har Du för närvarande sjukersättning/
aktivitetsersättning? 1. Ja, på heltid
 2. Ja, på deltid
 0. Nej
8. Hur länge har Du haft Din nuvarande smärta i halsryggen? 0. Jag har ingen smärta i halsryggen
 1. Mindre än 3 månader
 2. 3 till 12 månader
 3. 1 till 2 år
 4. Mer än 2 år
9. Hur länge har Du haft Din smärtutstrålning i armen/armarna? 0. Jag har ingen smärtutstrålning i armen/armarna
 1. Mindre än 3 månader
 2. 3 till 12 månader
 3. 1 till 2 år
 4. Mer än 2 år

10. Hur länge har Du haft Din smärtutstrålning i bröstryggen?
0. Jag har ingen smärtutstrålning i bröstryggen
 1. Mindre än 3 månader
 2. 3 till 12 månader
 3. 1 till 2 år
 4. Mer än 2 år
11. Tar Du smärtlindrande mediciner el tabletter för Dina bröstrygg/halsrygg/armbesvär?
1. Ja, regelbundet
 2. Ja, ibland
 0. Nej
12. **Om Ja** på fråga 11. Är något av preparaten narkotiskt:
(se lista på exempel sista sidan)
0. Nej
 1. Ja
 2. Vet inte
13. Lider Du av någon/några av dessa sjukdomar som starkt begränsar Din livskvalitet?
0. Nej
 1. Hjärtsjukdom
 2. Neurologisk sjukdom
 3. Cancersjukdom
 4. Annan sjukdom som påverkar/t Din gångförmåga
 5. Annan sjukdom som ger smärtor
14. Hur lång promenad klarar Du i normal takt?
1. Mindre än 100 meter
 2. 100 till 500 meter
 3. 0,5 till 1 kilometer
 4. Mer än 1 kilometer
15. Har Du fått försämrad finmotorik i händerna, t ex svårt att knäppa knappar eller tappar lättare saker?
1. Ja
 0. Nej
16. Är det viktigt för dig att du får träffa samma läkare vid besöken på kliniken?
1. Mycket viktigt
 2. Ganska viktigt
 3. Spelar ingen roll

Markera Din smärtnivå under senaste veckan genom att ringa in det värde som bäst motsvarar smärtnivån, på vardera linjen nedan som i exemplet.

Linjerna är skalor där markering längst till vänster innebär smärtfri och längst till höger värsta tänkbara smärta. Med en markering av lämpligt värde på vardera skalan visar Du hur mycket nacksmärta och armsmärta Du har.

OBS, du måste välja ett heltal, ringa in den siffra som bäst motsvarar din smärta.



19. Vad tror Du om Dina möjligheter att återgå i arbete?

0. Jag är för närvarande i arbete
 1. Kommer att återgå i heltidsarbete
 2. Kommer att återgå i deltidarbete
 3. Kommer att byta arbete/sysselsättning
 4. Kommer att ha fortsatt sjukpenning
 5. Kommer att ha pension/sjukersättning/aktivitetsersättning

20. Vilken är din utbildningsnivå?

1. Grundskola 2. Gymnasium 3. Högskola

21. Har du genomgått specifik sjukgymnastisk/fysioterapeutisk behandling/information/träning, inför operationen, alltså efter att det blev bestämt att du skulle opereras?

1. Ja 0. Nej

22. Om Ja på fr 21, var den träningen i form av KBT (kognitiv beteendeterapi)

1. Ja 0. Nej 2. Vet ej

Narkotiska preparat:

Citodon
Citodon forte
Citodon minor
Dolcontin
Durogesic Depotplåster
Fentanyl Depotplåster
Fentanyl
Ketogan
Kodein
Matrifen Depotplåster
Matrimed Depotplåster
Morfin
Nobligan
Norspan Depotplåster
Nycofen Depotplåster
Oxikodon
Oxycodone
OxyContin
OxyNorm
Panocod
Pentadol
Palexia
Paracetamol/ Kodein
Quatrofen Depotplåster
Temgesic
Tiparol
Tradolan
Tramadol
Treo comp