



## UPPFÖLJNINGSFÖRMULÄR HALS- &amp; BRÖSTRYGG \_\_\_\_\_ ÅR

Personnummer: Löpnnummer 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. Hur är Din hals-/bröstryggsmärta idag jämfört med före operationen?  0. Hade inte hals-/bröstryggsmärta före operationen  
 1. Helt försvunnen  
 2. Mycket förbättrad  
 3. Något förbättrad  
 4. Oförändrad  
 5. Försämrad
3. Hur är Din armsmärta idag jämfört med före operationen?  
*Besvaras om du är opererad i halsryggen*  0. Hade inte armsmärta före operationen  
 1. Helt försvunnen  
 2. Mycket förbättrad  
 3. Något förbättrad  
 4. Oförändrad  
 5. Försämrad
4. Har Du för närvarande ålderspension?  1. Ja, på heltid  
 2. Ja, på deltid  
 0. Nej
5. Har Du för närvarande sjukersättning/aktivitetsersättning?  1. Ja, på heltid  
 2. Ja, på deltid  
 0. Nej
6. Har Du sjukpenning idag?  1. Ja, på heltid för mina hals-/bröstrygg/armbesvär  
 2. Ja, på deltid för mina hals-/bröstrygg/armbesvär  
 3. Ja, pga annan sjukdom  
 0. Nej
7. Har Du återgått i arbete?  1. Jag förvärvsarbetade ej tidigare  
 2. Ja, på heltid  
 3. Ja, på deltid  
 0. Nej
8. Har Du idag lättare arbete än innan operation?  1. Ja  
 0. Nej
9. Hur länge hade Du **hel** sjukpenning efter operation?  1. Ingen eller mindre än 3 månader  
 2. 3 till 6 månader  
 3. 6 till 9 månader  
 4. 9 till 12 månader  
 5. 1 till 2 år  
 6. Mer än 2 år

10. Tar Du smärtlindrande mediciner eller tabletter för Dina hals-/bröstrygg/armbesvär?  1. Ja, regelbundet  
 2. Ja, ibland  
 0. Nej
11. **Om ja** på fråga 10. Är något av preparaten narkotiskt:  0. Nej  
(se lista på exempel sista sidan)  1. Ja  
 2. Vet inte
12. 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. Över 1 kilometer
13. Har Din finmotorik i händerna förbättrats, så att Du t ex lättare knäpper knappar och mer sällan tappar saker? *Besvaras om du är opererad i halsrygg*  0. Hade normal finmotorik före operationen  
 1. Helt återställd  
 2. Mycket förbättrad  
 3. Något förbättrad  
 4. Oförändrad  
 5. Försämrade
14. Hur är Din inställning till resultatet av Din genomgångna hals-/bröstryggsoperation?  1. Jag är nöjd  
 2. Jag är tveksam  
 3. Jag är missnöjd
15. Har Du behandlats/behandlas pga någon/några av dessa sjukdomar?  0. Nej  
 1. Hjärtsjukdom  
 2. Neurologisk sjukdom  
 3. Cancersjukdom  
 4. Annan sjukdom som påverkar Din gångförmåga  
 5. Annan sjukdom som ger smärtor
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
17. Har du blivit omopererad i hals-/bröstryggen?  1. Ja  0. Nej

**Frågorna 18-21 besvaras endast vid 1-årsuppföljning och frågorna 21-22 ifylles EJ om du genomgått en bröstryggsoperation**

**Komplikationer efter genomgången operation**

18. Har Du, inom 3 månader efter operationen, fått diagnosen trombos (= blodpropp i något av benen) och behandlats för detta?  1. Ja  0. Nej
19. Har Du, inom 3 månader efter operationen, fått diagnosen lungemboli (= blodpropp i lungan) och behandlats för detta?  1. Ja  0. Nej
20. Har Du behandlats med antibiotika (penicillin eller dylikt) för infektion i operationssåret efter det att du skrevs ut från sjukhuset?  1. Ja  0. Nej

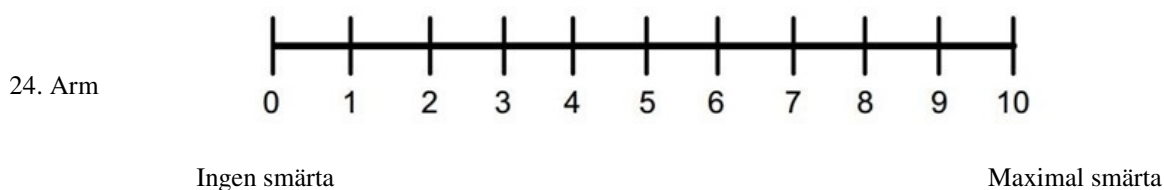
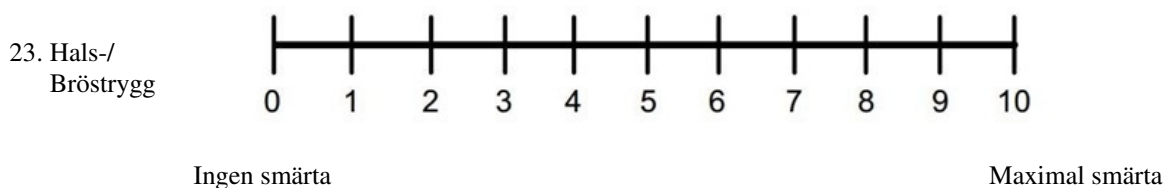
21. Fick Du efter operationen besvär med heshet som kvarstod under minst en månad?  1. Ja  0. Nej  
(Ifylles EJ om du genomgått en brösttryggoperation)

22. Fick Du efter operationen besvär med sväljningssvårigheter som kvarstod under minst en månad?  1. Ja  0. Nej  
(Ifylles EJ om du genomgått en brösttryggoperation)

**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.**



25. Har du genomgått specifik sjukgymnastisk/fysioterapeutisk behandling/information/träning (rehabilitering) efter operationen?  1. Ja  0. Nej

26. Om Ja på fr 25, var det en rehabilitering i grupp?  1. Ja  0. Nej

27. Om Ja på fr 25, var din träning i form av KBT (kognitiv beteendeterapi)?  1. Ja  0. Nej  2. Vet ej

28. I vilken omfattning var du delaktig i beslut om din vård och behandling?

- 1. Så mycket som jag önskade
- 2. Mindre än jag önskade
- 3. Inte alls, trots att jag önskade
- 4. Inte alls, eftersom jag inte ville
- 5. Jag blev mer delaktig än jag önskade

#### 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

