



BASUPPGIFTER LÄNDRYGG

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

Vikt:kg

☐ 1. Ja ☐ 0. Nej☐ 1. Ja ☐ 0. Nej☐ 1. Ja ☐ 0. Nej

☐ 1. Ja, på heltid
☐ 2. Ja, på deltid
☐ 0. Nej

☐ 0. Jag förvärvsarbetar inte

☐ 1. Lätt

☐ 2. Medeltungt

☐ 3. Tungt

☐ 1. Ja
☐ 0. Nein

☐ 1. Ja, på heltid för mina ryggbesvär
☐ 2. Ja, på deltid för mina ryggbesvär
☐ 3. Ja, pga annan sjukdom
☐ 0. Nej

☐ 1. Ja, på heltid
☐ 2. Ja, på deltid
☐ 0. Nej

☐ 0. Jag har ingen smärta i ryggen

☐ 1. Mindre än 3 månader

☐ 2. 3 till 12 månader

☐ 3. 1 till 2 år

☐ 4. Mer än 2 år

☐ 0. Jag har ingen smärtutstrålning i benet/benen

☐ 1. Mindre än 3 månader

☐ 2. 3 till 12 månader

☐ 3. 1 till 2 år

☐ 4. Mer än 2 år

Tar Du smärtlindrande mediciner eller tabletter för Dina ryggbesvär?

- ☐ 1. Ja, regelbundet
- ☐ 2. Ja, ibland
- ☐ 0. Nej

Om ja, Är något av preparaten narkotiskt: (se lista på exempel nästa sida)

- ☐ 0. Nej
- ☐ 1. Ja
- ☐ 2. Vet inte

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

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

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 ryggsmärta och bensmärta Du har.

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

Rygg



Ingen smärta

Maximal smärta

Ben



Ingen smärta

Maximal smärta

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 deltidsarbete
- ☐ 3. Kommer att byta arbete/sysselsättning
- ☐ 4. Kommer att ha fortsatt sjukpenning
- ☐ 5. Kommer att ha pension/sjukersättning/ aktivitetsersättning som tidigare

Vilken är din utbildningsnivå?

- ☐ 1. Grundskola
- ☐ 2. Gymnasium
- ☐ 3. Högskola

Har du genomgått sjukgymnastik / fysioterapeutisk behandling / träning speciellt för ländryggen **innan** det blev bestämt att du skulle opereras?

☐ 1. Ja
☐ 0. Nej

Har du genomgått sjukgymnastik / fysioterapeutisk behandling / träning speciellt för ländryggen **efter** det blev bestämt att du skulle opereras?

☐ 1. Ja
☐ 0. Nej

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