

Smerteenhetnr:

Pasientnr:

Vær vennlig å lese spørsmålene nøye før du svarer, og marker det svaret som passer best.

Kjønn: Mann Kvinne

Fødselsår:

Sivilstand; (sett bare et kryss)

Ugift Gift Samboer Partnerskap Enke/enkemann Skilt Separert

Har du barn? Ja Nei Hvis ja, hvor mange? 1 2 3 4 Flere

Barnas alder:

Hvem bor barna sammen med?

Mor Far Foreldre/steforeldre Utflyttet Annet: _____

Utdanning: Grunnskole

Videregående skole

Fagbrev/fagutdanning

Høyskole/universitet inntil 4 år

Høyskole/universitet over 4 år

Påbegynt/ikke fullført utdanning

Annet: _____

Yrke og arbeidsliv:

Ansettelsesforhold (kryss av): Uten beskjeftigelse

Heltidsjobb

Deltidsjobb

Under utdanning

Deltidsjobb og under utdanning

Ukjent

Alderspensjon

Trygdet/attføring (spesifiser på neste side)



Smerteenhetsnr:

Pasientnr:

Trygdestatus:

Hvis du mottar trygd, attføring eller lignende -kryss av:

Sykemeldt

Aktiv sykemelding

Medisinsk rehabilitering

Yrkesrettet attføring

Sosialstønad

Uførepensjon

Annet? Spesifiser: _____

Hvordan vurderer du din økonomi?

God

Middels

Dårlig

Har du en pågående erstatningssak med utgangspunkt i det aktuelle smerteproblemet?

Ja

Nei

Har du søkt om eller planlegger du å søke om uførepensjon?

Ja

Nei

Når startet smertetilstanden?

0 - 3 måneder siden

4 - 6 måneder siden

7 - 12 måneder siden

1 - 2 år siden

2 - 4 år siden

4 - 6 år siden

6 - 10 år siden

Mer enn 10 år siden

Hvor lenge har smertetilstanden vært på samme nivå som nå?

0 - 3 måneder

4 - 6 måneder

7 - 12 måneder

1 - 5 år

6 år eller mer



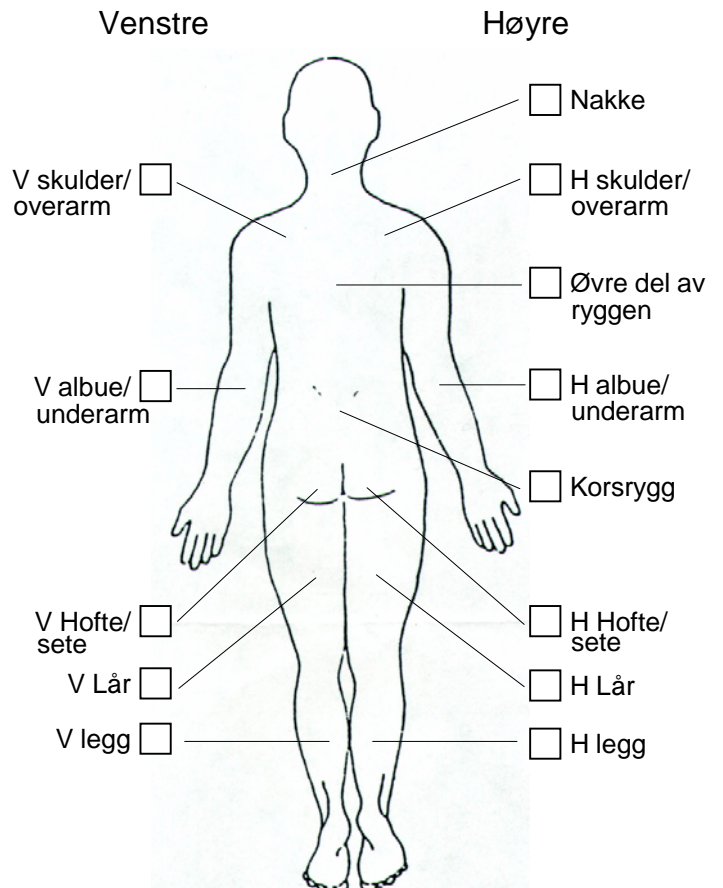
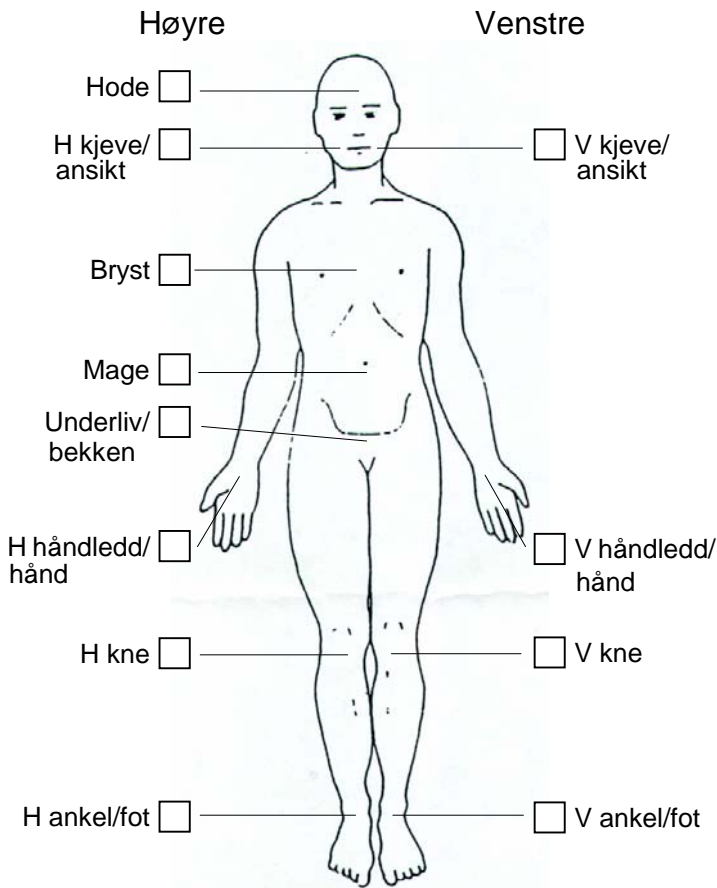
Smerteenhetr:

Pasientnr:

Dersom du har hatt smerter siste uken, hvor har du hatt disse plagene? Vennligst sett et eller flere kryss.

FORAN

BAK



Vennligst sett et kryss under det tallet som best beskriver de sterkeste smertene du har hatt i løpet av den siste uka.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen smerter					Verst tenkelige smerter					

Vennligst sett et kryss under det tallet som best beskriver de svakeste smertene du har hatt i løpet av den siste uka.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen smerter					Verst tenkelige smerter					

Vennligst sett et kryss under det tallet som best angir hvor sterke smerter du har i gjennomsnitt.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen smerter					Verst tenkelige smerter					



Smerteenhetsnr: Pasientnr: **Når jeg har smerte....**

...er det forferdelig og jeg føler at det aldri kommer til å bli bedre.

0 1 2 3 4 5 6
aldri av og til alltid

...føles det som om jeg ikke holder ut.

0 1 2 3 4 5 6
aldri av og til alltid

I løpet av den siste uka:

Ikke i det hele tatt Litt En del Svært mye

Har du hatt søvnproblemer? Har din fysiske tilstand eller medisinske behandling gitt deg økonomiske problemer? **Hvordan vil du stort sett vurdere din helsetilstand i løpet av den siste uka?**

Utmerket Meget god God Nokså god Dårlig Svært dårlig

I løpet av den siste uka, i hvilken grad begrenset fysiske helseproblemer dine vanlige fysiske aktiviteter (spasere, gå opp trapper)?

Ikke i det hele tatt Svært lite En del Mye Kunne ikke utføre fysisk aktivitet



Smerteenhetsnr: Pasientnr:

I løpet av den siste uka, hvor vanskelig var det for deg å utføre ditt vanlige arbeid (både i og utenfor hjemmet) på grunn av din fysiske helse?

Ikke i det hele tatt	Litt	Nokså	Meget	Kunne ikke utføre fysisk aktivitet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av den siste uka, hvor mye overskudd hadde du?

Svært mye	Ganske mye	En del	Litt	Ikke noe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av den siste uka, i hvilken grad begrenset din fysiske helse eller følelsesmessige problemer din vanlige sosiale omgang med familie eller venner?

Ikke i det hele tatt	Svært lite	En del	Mye	Kunne ikke ha sosial omgang
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av den siste uka, i hvilken grad har du vært plaget av følelsesmessige problemer som f. eks. å være engstelig, deprimert eller irritabel?

Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Mye	Svært mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av den siste uka, i hvilken grad hindret personlige eller følelsesmessige problemer deg fra å utføre ditt vanlige arbeid, skolegang eller andre gjøremål?

Ikke i det hele tatt	Svært lite	En del	Mye	Kunne ikke utføre daglige gjøremål
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av den siste uka?

Ingen	Meget svake	Svake	Moderate	Sterke	Meget sterke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Smerteenhetnr: Pasientnr:

De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå? Hvis ja, hvor mye?

	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
a. Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en tur eller drive med hagearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Løfte eller bære en handlekurv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Gå opp trappen flere etasjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Gå opp trappen en etasje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Bøye deg eller sitte på huk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gå mer enn to kilometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Gå noen hundre meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gå hundre meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Vaske eller kle på deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte i løpet av den siste uka har du...

	Hele tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
Følt deg veldig nervøs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært så langt nede at ingenting har kunnet muntre deg opp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg rolig og harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg nedfor og trist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg glad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

