

Välkommen till Reumatologenheten Gävleborg



FRÅGEFORMULÄR

Led och muskelvärk kan ha många orsaker och kan sammanhänga med ett flertal sjukdomar.

Det är därför till stor hjälp för oss om du kan fylla i detta frågeformulär efter bästa förmåga innan läkarbesöket (vid besöket hos oss kommer du givetvis att få tillfälle att berätta mer om dina besvär).

Namn: _____

Pers.nr: _____

Datum: _____

OBS! Vänligen ta med det ifyllda formuläret vid läkarbesöket.

Sociala förhållanden

Är du: Gift Sambo Ensamboende Änka/Änkling

Bor i: Villa Lägenhet Servicelägenhet Radhus

Barn, antal/ålder _____

Har hemhjälp. Hur ofta? _____

Har färdtjänst. Hur ofta? _____

Använder gånghjälpmedel. Vilket inomhus? _____
Vilket utomhus? _____

Yrke (nuvarande eller tidigare): _____ Hur mycket jobbar du? Heltid
 Deltid

Sjukskriven. Sedan när? _____ Sjukskrivningsgrad: 100 %
 annat

Annan ersättning från Försäkringskassan: Sjukskrivning Permanent sjukersättning

Grad av ersättning: _____

Rökare Ex-rökare Aldrig rökt

Ange:

Din vikt: _____

Din längd: _____

Motionerar du? _____

Alkohol

Mängd per vecka _____

*Ett standard glas innehåller ca 12 gram ren alkohol. Detta motsvarar olika antal centiliter beroende på dryck. Här är några exempel på vad alkohol motsvarar i standardglas:
1 glas vin, 4 cl starksprit, 33 cl starköl och 50 cl folköl.*

Ärftlighet

Finns någon av följande sjukdomar i släkten?

Ledgångs-reumatism. Om JA, hos vem? _____

Bechterews sjukdom (rygg-reumatism) Om JA, hos vem? _____

Psoriasis Om JA, hos vem? _____

Annan reumatisk sjukdom. Vilken, samt hos vem? _____

Kommentar: _____

Aktuella besvär

När och hur började besvären?

Kan du hitta något samband med utlösande orsak, t.ex. infektion?

Har du noterat svullnad och ev. rodnad i någon led?

Har du haft eller har förhöjd sänka?

Vad besvärar dig mest idag?

Beskriv kortfatta de besvär som du söker för:

Har du sökt för dina besvär tidigare? Var? _____

Har någon röntgenundersökning gjorts med anledning av dina aktuella besvär?

Vad röntgades? _____

När? _____

På vilket sjukhus gjordes röntgenundersökningen? _____

Har du erhållit någon behandling för dina besvär?

Fysioterapi. Vilken behandling? _____

Kortisonsprutor. Vilken del av kroppen? _____

När fick du sprutan? _____

Annan behandling. Vilken? _____

Vad vill du i första hand ha hjälp med? _____

Tidigare operationer

För vad? _____ När? _____ Typ av operation? _____

Tidigare sjukdomar

Har du haft några övriga sjukdomar?

Frisk Lungsäcksinflammation

Hjärtinfarkt Hjärtsäcksinflammation

Tumör Njurinflammation

Soleksem Hudutslag

Blodpropp Upprepade missfall

Epilepsi Magsår

Nerologisk sjukdom Psykiatrisk sjukdom

Mag-/tarm sjukdom Ögonsjukdom

- Regnbågshinneinflammation (irit)

- Annan? _____

Övriga/andra: _____

Nuvarande sjukdomar

Har du några andra sjukdomar än de du söker för? Frisk

Hjärtkärl sjukdom Diabetes Högt blodtryck Astma Psoriasis

Hudsjukdom. Vilken? _____

Ögonsjukdom. Vilken? _____

Mag-tarmsjukdom. Vilken? _____

Övrigt/kommentar: _____

Var går du på kontroller för denna (dessa) sjukdom(-ar)? _____

Beskriv på en skala hur du upplevt den senaste veckan med att sätta ett kryss på linjen:

Hur mycket smärta har du haft på grund av din ledsjukdom?

Ingen smärta alls

Värsta tänkbara smärtan

Hur har du känt dig, allmänt sett, med tanke på din ledsjukdom?

Helt bra

Så dåligt som tänkas kan

Funktionsfrågeformulär (HAQ)
Svensk Reumatologis Kvalitetsregister, SRQ

Pers nr:

Namn:

090224

Sätt ett kryss i den ruta som bäst beskriver Din situation under den senaste veckan	Utan svårighet	Med viss svårighet	Mycket svårt	Använder hjälpmedel	Hjälp av annan person	Kan inte alls
Kan du tvätta håret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du klä på dig, inklusive knyta skoband och knäppa knappar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du resa dig från en stol som saknar armstöd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du komma i och ur sängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du skära kött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du laga din egen mat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du lyfta ett fullt glas till munnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du gå ned för fem trappsteg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du gå utomhus på plan mark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du bada i badkar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du sätta dig på och resa dig från en toalettstol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du tvätta och torka dig överallt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du ta ned ett 2kg paket med t.ex. socker från en hylla i huvudhöjd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du böja dig ned och ta upp kläder från golvet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du öppna bildörrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du öppna burkar med skruvlock, som varit öppnade förut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du vrida på en vanlig vattenkran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du dammsuga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du klara dina inköp till hushållet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du komma i och ur en bil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Läkaren summerar och ringar in i följande tabell:

Summa:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
HAQ-värde:	0,0	0,13	0,25	0,38	0,5	0,63	0,75	0,88	1,0	1,13	1,25	1,38	1,5

13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1,63	1,75	1,88	2,0	2,13	2,25	2,38	2,5	2,63	2,75	2,88	3,0