

# Multi-Dimensional spørreskjema (R702-Norsk)

Dette spørreskjema inneholder ikke data fra blodprøver, røntgenfunn eller annet enn informasjon fra deg. Vær snill og besvar hvert spørsmål, også når du tror at det ikke gjelder deg nå. Det finnes ikke riktige eller feil svar. Vennligst svar akkurat som du har det. Takk.

## 1. Kryss av (✓) for BESTE svar for din nåværende funksjon:

I LØPET AV SISTE UKEN, KUNNE DU:	UTEN problemer	med VISSE problemer	med STORE problemer	kunne IKKE
a. Kle på deg selv, inkl. å knytte skolisser og å kneppe knapper?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
b. Komme opp i og ut av sengen?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
c. Løfte en full kopp eller et fullt glass til munnen?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
d. Gå utendørs på flat mark?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
e. Vaske og tørke deg over hele kroppen?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
f. Bøye deg for å ta opp klær fra gulvet?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
g. Skru vanlige kraner opp og igjen?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
h. Komme inn og ut av en bil?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
i. Gå tre kilometer?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
j. Delta i sports- og fritidsaktiviteter om du ønsker det?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
k. Få deg en god natts søvn?	_____ 0	_____ 1.1	_____ 2.2	_____ 3.3
l. Takle følelser som engstelse eller nervøsitet?	_____ 0	_____ 1.1	_____ 2.2	_____ 3.3
m. Takle følelser som depresjon eller nedstemthet?	_____ 0	_____ 1.1	_____ 2.2	_____ 3.3

Bare til registrering

**FN**

1=0.0 16=2.2  
2=0.0 17=2.3  
3=0.0 18=2.3  
4=0.4 19=2.4  
5=0.7 20=2.5  
6=0.9 21=2.6  
7=1.1 22=2.6  
8=1.2 23=2.7  
9=1.4 24=2.7  
10=1.5 25=2.8  
11=1.6 26=2.8  
12=1.8 27=2.9  
13=1.9 28=2.9  
14=2.0 29=2.9  
15=2.1 30=3.0

**PN**

**TODAY**

**GL**

**RAPID**  
(=FN+PN+GL)

## 2. Hvor mye smerte har du hatt på grunn av din helsetilstand I LØPET AV SISTE UKE?

Vennligst angi nedenfor hvor mye smerter har hatt:

INGEN SMERTE ○ UUTHOLDELIG SMERTE

## 3. Hvordan har du det i dag sammenlignet med for EN UKE SIDEN? KRYSS AV(✓) en gang.

Mye bedre  (1), Bedre  (2), Samme  (3), Verre  (4), Mye verre  (5) enn for en uke siden.

## 4. Når du tar alle symptomer og helsetilstand i betraktning, vennligst angi nedenfor hvordan du det nå:

VELDIG BRA ○ VELDIG DÅRLIG

## 5. Vennligst kryss av for hvor mye smerte du har i dag i de leddene som er listet opp nedenfor:

	Ingen	Litt	Moderat	Mye		Ingen	Litt	Moderat	Mye
<u>Fingrene på</u>					<u>Fingrene på</u>				
<u>venstre hånd</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					<u>høyre hånd</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
<u>Venstre håndledd</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					<u>Høyre håndledd</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
<u>Venstre albue</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					<u>Høyre albue</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
<u>Venstre skulder</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					<u>Høyre skulder</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
<u>Venstre hofte</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					<u>Høyre hofte</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
<u>Venstre kne</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					<u>Høyre kne</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
<u>Venstre ankel</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					<u>Høyre ankel</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
<u>Tærne på v. fot</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					<u>Tærne på h. fot</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
<u>Nakke</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					<u>Rygg</u> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				

**JT**

1=0.2 25=5.2  
2=0.4 26=5.4  
3=0.6 27=5.6  
4=0.8 28=5.8  
5=1.0 29=6.0  
6=1.3 30=6.3  
7=1.5 31=6.5  
8=1.7 32=6.7  
9=1.9 33=6.9  
10=2.1 34=7.1  
11=2.3 35=7.3  
12=2.5 36=7.5  
13=2.7 37=7.7  
14=2.9 38=7.9  
15=3.1 39=8.1  
16=3.3 40=8.3  
17=3.5 41=8.5  
18=3.7 42=8.8  
19=3.9 43=9.0  
20=4.2 44=9.2  
21=4.4 45=9.4  
22=4.6 46=9.6  
23=4.8 47=9.8  
24=5.0 48=10.0

6. Generelt, hvor aktiv har din revmatiske sykdom vært i de siste seks månedene?

Vennligst angi nedenfor:

Bare til registrering

IKKE AKTIV 0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10 EKSTREMT AKTIV

7. Har du følt deg morgenstiv den siste uken?  Nei  Ja

Hvis Nei – gå videre til spørsmål 8. Hvis ja, vennligst angi hvor mange minutter \_\_\_\_\_ eller timer \_\_\_\_\_ det tar før den verste stivheten har gitt seg.

8. Når det gjelder ømhet i leddene (smerte ved lett berøring) og hevelser i leddene (fortykkede ledd på grunn av leddbetennelser), hvor aktiv vil du si at din revmatiske sykdom er i dag?

Vennligst angi nedenfor:

IKKE AKTIV 0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10 EKSTREMT AKTIV

9. Hvilken av følgende beskrivelser passer best for hvordan du NÅ har det i hverdagen?

Kryss av for den som passer best:

- 1: Jeg kan gjøre ALT jeg ønsker å gjøre.
2: Jeg kan gjøre MESTEPARTEN av det jeg ønsker å gjøre, men har noen begrensninger.
3: Jeg kan gjøre LITT av det jeg ønsker, men har mange begrensninger.
4: Jeg kan NESTEN IKKE gjøre noe av det jeg ønsker å gjøre.

10. Jobber du:

- Fulltid, Pensjonert, Student, Deltid, Arbeidsledig, Er hjemmeværende, Uføretrygdet, Annet, Yrke

11. Hvor ofte trener du (øket puls og pust) i minst en halv time (30 minutter)? Kryss av bare en gang.

- 3 eller flere ganger per uke, 1-2 ganger per uke, 1-2 ganger/måned, Trener ikke regelmessig, Kan ikke trene pga nedsatt funksjon/handicap

12. Vennligst sett en sirkel rundt det tallet som tilsvarer det antall år du har med skolegang:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

13. I løpet av de siste 6 månedene, har du opplevd noe av det følgende? (vennligst kryss av):

- Nei Ja En operasjon, Nei Ja Endret leddgiktmedisiner eller andre medisiner, Nei Ja Et sykehusopphold, Nei Ja Flyttet/fått ny adresse, Nei Ja En ny sykdom, eller vært utsatt for en ulykke eller dramatisk hendelse, Nei Ja Endret sivilstatus, Nei Ja Skiftet jobb eller arbeidsoppgaver, sluttet i job eller gått av med pensjon, Nei Ja Et viktig nytt symptom, Nei Ja Bivirkninger av medikamenter, Nei Ja Røkt sigaretter jevnlig, Nei Ja Skiftet fastlege

Hvis du har krysset "Ja" på noe i listen over, vennligst gi utfyllende opplysninger her:

14. I hvilken grad har en følelse av uvanlig tretthet eller utmattethet vært et problem for deg den siste uken?

Vennligst angi nedenfor:

TRETTET ER IKKE NOE PROBLEM 0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10 TRETTET ER ET SVÆRT STORT PROBLEM

Navn \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_ Klokkeslett \_\_\_\_\_

Gateadresse \_\_\_\_\_ Postnummer/Sted \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Fødselsnummer \_\_\_\_\_

Bare til identifikasjon

Kjønn: Kvinne, Mann, Nasjonalitet, Sivilstatus: Ugift, Gift/samboer, Skilt, Enke/Enkemann, Separert, Etnisk bakgrunn

Takk for at du tok deg tid til å fylle ut dette skjemaet.

R702-Norsk

AC6, AM, ACN, ACR-FN, FT