

Denna undersökning frågar om hälsorelaterade problem som Du har upplevt under de senaste 3 dagarna, idag ej inkluderat. Var god se till att Du svarar på samtliga frågor. Tack för Ditt tålamod och Din tid för att Du noggrant fullföljer denna undersökning.

Dagens datum:           /      /       
                                 Mån      Dag      År

**Del I – Akuta och kroniska symptom**

1. Var snäll och markera huruvida Du just nu upplever någon av följande symptom eller problem.

Var snäll och ringa in:      JA eller NEJ

Har Du/Är Du.....

- a. blind, eller kraftigt nedsatt syn i bägge ögonen?.....  J  N  O
- blind, eller kraftigt nedsatt syn i bara ett öga?.....  J  N  O
- b. talproblem såsom stamning,  
   eller oförmögen att tala tydligt? .....  J  N  O
- c. saknade eller förlamade händer, fötter,  
   armar eller ben?.....  J  N  O
- saknade eller förlamade fingrar eller tår? .....  J  N  O
- d. någon **deformering** av ansikte, fingrar, hand eller arm,  
   fot eller ben, eller rygg (t.ex allvarlig skolios)? .....  J  N  O
- e. allmän utmattning, trötthet eller svaghet? .....  J  N  O
- f. problem med ofrivillig viktuppgång eller viktnedgång?.  J  N  O
- g. problem med undervikt eller övervikt? .....  J  N  O
- h. problem att tugga din mat ordentligt?.....  J  N  O
- i. någon hörselnedsättning eller dövhet? .....  J  N  O
- j. några anmärkningsvärda hudproblem, såsom svår  
   akne, stora brännsår eller ärr i ansiktet,  
   på kropp, armar eller ben? .....  J  N  O
- k. eksem eller brännande/kliande utslag?.....  J  N  O

Vilka av följande hjälpmedel använder Du dig av?

- tandprotes? .....  J  N  O
- syrgastank? .....  J  N  O
- annan protes? .....  J  N  O
- glasögon eller kontaktlinser? .....  J  N  O
- hörapparat? .....  J  N  O
- förstoringsglas? .....  J  N  O
- nack-, rygg- eller benstöd? .....  J  N  O

**Har Du haft.... (var snäll och fyll i alla dagar som är aktuella)**

- l. bröstsmärtor, tryckkänslor, hjärtklappning, snabba eller oregelbundna hjärtslag eller andra obehagskänslor i bröstet?  
    Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- m. orolig mage, buksmärter, illamående, halsbränna eller kräkningar?  
    Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- n. svårighet att tömma tarmen, diarré, förstoppning,  
   ändtarmsblödningar, svartfärgad avföring eller några smärtor  
   eller obehag i ändtarmsområdet?  
    Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- o. smärtor, brännande känslor eller blod i urin?  
    Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- p. förlorad blåskontroll, frekventa nattliga urineringar eller svårigheter att urinera?  
    Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- q. genitalsmärter, kliande, brännande eller onormala flytningar,  
   bäckenkramp eller onormala blödningar? (inkluderar ej  
   normal menstruation).  
    Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- r. bruten arm, handled, fot, ben eller annat benbrott. (förutom i rygg)?  
    Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- s. smärta, stelhet, kramper, svaghet eller domningar i nacken eller ryggen?  
    Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- t. smärta, stelhet, kramper, svaghet eller domningar i höfterna eller på sidorna?  
    Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- u. smärta, stelhet, kramper, svaghet eller domningar i någon led eller muskler i hand, fot, arm eller ben?  
    Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- v. svullnad i anklar, händer, fötter eller buk?  
    Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- w. feber, frossa eller kraftiga svettningar? (ej motionsrelaterade)  
    Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- x. förlorat medvetandet, svimmat eller fått krampanfall?  
    Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- y. svårighet med balans, stående eller gående?  
    Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan

**3. Följande problem handlar om Dina känslor, tankar och**

2. För följande lista på problem indikera vilka dagar (om några) under de senaste 3 dagarna, ej inkluderat idag, som Du haft problemet. Om Du inte haft problemet de senaste 3 dagarna, lämna inte frågan tom, var snäll och fyll i "inga dagar". Om Du har upplevt symtomet under de senaste 3 dagarna, var snäll och fyll i vilken av dagarna Du hade det. Om Du upplevde det på mer än en av dagarna, var snäll och fyll i alla dagar som är aktuella.

Till exempel, om Du hade huvudvärk igår och i förrgår, skall följande fyllas i:

huvudvärk?

- Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan

**Har Du haft.... (var snäll och fyll i alla dagar som är aktuella)**

- a. några problem med ditt seende som ej korrigerats med glasögon eller kontaktlinser (såsom dubbelseende, förvrängd syn, ljusblixtar eller prickar framför ögat)?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- b. några ögonsmärter, irritation, ögonflytningar eller överkänslighet för ljus?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- c. huvudvärk?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- d. yrsel, öronvärk eller ringade öronljud?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- e. hörselsvårighet, flytning eller blödning från något öra?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- f. täppt eller rinnande näsa eller blödning från näsan?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- g. ont i halsen, svårigheter att svälja eller heshet?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- h. tandvärk eller käksmärter?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- i. ömmande eller blödande läppar, tunga eller tandkött?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- j. hosta eller rosslingar?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- k. andnöd eller andningssvårigheter?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan

**beteende. Var snäll och fyll i vilka dagar (om några) under de senaste 3, ej inkluderat idag, som Du har haft.....**

- a. problem att somna eller att förbli sovande?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- b. period då Du känt Dig nervös eller skakig?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- c. period då Du känt Dig upprörd, nedstämd eller deprimerad?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- d. överdriven oro eller ängslan?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- e. känslor att Du har liten eller ingen kontroll över händelser i Ditt liv?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- f. känslor av ensamhet eller isolering?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- g. känslor av frustration, irritation eller nära att tappa humöret?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- h. baksmälla?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- i. någon minskning av sexuellt intresse eller förmåga?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- j. förvirring, svårighet att förstå skrivet eller talat språk eller signifikant minneslucka?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- k. tankar eller bilder Du inte kunnat få ur huvudet?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- l. varit tvungen att ta några läkemedel, inklusive receptfria (t.ex. Alvedon/lpren/Treo, allergimedicin, insulin, hormonbehandling, östrogen, sköldkörtelbehandling, kortison)?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan

**Var god fortsätt på nästa sida.**

Deltagare

**Kvalitet av välbefinnande-skala, självadministrerat, QWB-SA, V 1.04 – Sida 2**

**Del I – Akuta och kroniska symptom (fortsättning)**

**3. Fråga 3 (fortsättning) ....**

- m. varit tvungen att förbli på en medicinskt förskrivna diet av hälsoskäl?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- n. aptitlöshet eller överätande?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan

**4. Under de senaste 3 dagarna, har Du haft några symptom, hälsoproblem eller smärter som inte har nämnts här?**

Ja     Nej

Om ja, vilka var symptomen och på vilka dagar hade Du dem?

**Symtom**

**Dagar**

A. \_\_\_\_\_

B. \_\_\_\_\_

**Del II – Personlig vård**

**5. Under de senaste 3 dagarna.... (var snäll och fyll i alla dagar som är aktuella)**

- a. Har Du spenderat någon del av dagen eller natten som patient på ett sjukhus, vårdhem eller rehabiliteringscenter?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- b. På grund av någon försämring eller hälsoproblem, behövde Du hjälp med personliga behov såsom ätande, påklädning, badning eller att gå runt i Ditt hem?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan

**Del V – Vanliga Aktiviteter**

**8. Under de senaste 3 dagarna.... (var snäll och fyll i alla dagar som är aktuella)**

- a. På grund av några fysiska eller känslomässiga hälsoskäl, under vilka dagar undvek Du, behövde hjälp med, eller var begränsad att utföra några av Dina vanliga aktiviteter såsom arbete, skola eller göromål i hemmet?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- b. På grund av några fysiska eller känslomässiga hälsoskäl, under vilka dagar undvek Du, behövde hjälp med, eller var begränsad att utföra några av Dina vanliga aktiviteter såsom hälsa på familjen/vänner, hobbies, shopping, förströelse- eller religiösa aktiviteter?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan
- c. På vilka dagar var Du tvungen att ändra några av Dina planer eller aktiviteter pga Din hälsa som Du inte har rapporterat om på de tidigare 2 frågorna?  
 Inga dagar     Igår     I förrgår     3 dagar sedan

Var snäll och beskriv:

9a. Skulle Du säga att Din hälsa är (var snäll och fyll i ett alternativ):

- Utmärkt     Mycket God     God     Skaplig     Dålig

b. Jämfört med för 1 år sedan, hur skulle Du uppskatta Din hälsa i allmänhet nu?

- Mycket bättre nu än för 1 år sedan

