

Datum _____

FRÅGOR OM SKELLEFTESJUKAN (FAP)

Markera genom att fylla i den siffra Du tycker motsvarar graden av Dina besvär just nu.

0	1, 2, 3	4, 5, 6	7, 8, 9	10
Inte alls	Ganska ringa Lite	Betydande	Stark Påtaglig Mycket	Outhärdlig

Kroppssymptom

Illamående	_____
Kräkningar	_____
Diarré	_____
Förstoppning	_____
Problem att hålla avföringen	_____
Matleda	_____
Viktninskning	_____
Yrsel	_____
Svinningsbesvär	_____
Allmän trötthets- eller matthetskänsla	_____
Blåstömningsbesvär	_____
Impotens	_____
Synbesvär/ögonbesvär	_____
Smärta i armar	_____
Smärta i ben	_____
Känselförlust i armar	_____
Känselförlust i ben	_____
Nedsatt muskelkraft i armar	_____
Nedsatt muskelkraft i ben	_____
Gångsvårigheter	_____
Gripsvårigheter	_____

Är det något som fattas i symptombilden som Du besväras av?
Ange i så fall vad och i vilken grad: _____

Markera genom att fylla i den siffra Du tycker motsvarar graden av Dina besvär just nu.

0	1, 2, 3	4, 5, 6	7, 8, 9	10
Inte alls	Ganska ringa Lite	Betydande	Stark Påtaglig Mycket	Outhärdlig

Psykiska symptom

Oro/ångest	_____
Stress/spänning	_____
Rastlöshet	_____
Irritation	_____
Oföretagsamhet	_____
Nedstämdhet	_____
Likgiltighet	_____
Livsleda	_____
Sömnsvårigheter	_____
Försämrad uppmärksamhet	_____
Försämrad koncentration	_____
Försämrat minne	_____
Försämrad bedömningsförmåga	_____
Kommunikationsbesvär	_____

Är det något som fattas i symptombilden som Du besväras av?

Ange i så fall vad och i vilken grad: _____
