

Allmänna frågor vid nack- och ryggbesvär

Ryggkirurgi / Ortoped

Bästa Patient

Inför Ditt besök på grund av rygg- och/eller nackbesvär ber vi Dig fylla i frågeformuläret så noggrant som möjligt

Det här formuläret underlättar hantering och bedömning av dina besvär.

Med hjälp av formuläret gör vi bedömning om dina symtom faller inom det ryggkirurgiska området eller ej.

Det är ofta svårt att beskriva sin smärta och det är ibland lika svårt för läkaren att förstå din smärta och tolka vad det har för innebörd. Därför har vi tagit fram en standardiserad frågeformulär och vi ber dig därför fylla i formuläret så omsorgsfullt som möjligt.

EXEMPEL:

Svara genom att ringa in ett alternativ.

Jag tycker om äpplen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
inte alls väldigt mycket
eller som analog skala



Eller kryssa för en ruta.

Hur många gånger per vecka motionerar Du?

0-1 gånger

2-3 gånger

4-5 gånger

6-7 gånger

Ytterligare instruktioner följer också på respektive sida.

Ryggkirurgmottagningen

TA MED DIG FORMULÄRET TILL MOTTAGNINGEN I SAMBAND MED BESÖKET !

Allmänna frågor vid nack- och ryggbesvär

Ryggkirurgi / Ortoped

Datum _____

Personnummer: _____

Namn _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Postadress: _____

Ålder: _____ år

Röker? Ja Nej

Använder du gånghjälpmedel ?

Inga En krycka / Käpp Två krycka / Käpp Rullator Rullstol

Civiltillstånd ? Gift Sambo Ensamboende

Yrke / Arbetsuppgifter _____

Hur (fysiskt) tungt är ditt nuvarande förvärvsarbete? _____

Ar du **arbetslös**? Ja Nej Om ja, arbetslös sedan när _____

Är du **sjukskriven**? Ja Nej . Är du **sjukskriven pga. Ryggbesvär**? Ja Nej

Är du sjukskriven **heltid** ? Ja Nej . Är du sjukskriven **deltid**? Ja Nej

Om du är sjukskriven, hur länge har du varit sjukskriven? Datum för sjukskrivning, eller antal veckor och månader ? _____

Har du **sjukersättning heltid** ? Ja Nej Har du sjukersättning **deltid**? Ja Nej

Sjukersättning, sedan när ? _____

Har du **ålderspension** ? Ja Nej .

Använder du **smärtstillande mediciner** ? Ja Nej

Använder du smärtstillande mediciner **regelbundet** ? Ja Nej

Allmänna frågor vid nack- och ryggbesvär

Ryggkirurgi / Ortoped

Vilka mediciner använder du? Skriv upp samtliga mediciner.

Medicinens namn

Styrka (mg)

Dos

Är Du Allergisk (överkänslig) mot några läkemedel?

Ja Nej Vad?

Tidigare sjukdomar:

Har du eller har du haft någon annan sjukdom som du behandlas för? (Tex. Högt blodtryck, kärlkramp, astma, diabetes eller liknande)

Ja Nej

Skriv här: _____

Har du tidigare opererats för annan sjukdom? Ja Nej

I så fall för vad, på vilket sjukhus och år:

Aktuellt:

Vad bedömer Du ha för fel i ryggen?

Allmänna frågor vid nack- och ryggbesvär

Ryggkirurgi / Ortoped

När **började** dina ryggbesvär?

Hur **började** besvären?

Har du **gjort illa** den delen av kroppen du har besvär ?

Vad **lindrar** dina besvär ?

Vad **förvärrar** dina besvär ?

Har du **tidigare haft Nackbesvär**?

Ja Nej . Första gången när? _____

Har du haft **återfall** av nackbesvär?

Ja Nej . Hur många gånger? _____

Nuvarande nackbesvär;

Har du smärta i nacken/skuldran? Ja Nej

Smärtutstrålning till arm/hand Ja Nej

Smärta i nacken/skuldran < 3 mån

smärtutstrålning till arm/hand < 3 mån

Smärta i nacken/skuldran 3-12 mån

smärtutstrålning till arm/hand 3-12 mån

Smärta i nacken/skuldran 1-2 år

smärtutstrålning till arm/hand 1-2 år

Smärta i nacken/skuldran > 2 år

smärtutstrålning till arm/hand >2 år

Har du **tidigare haft Ländryggsbesvär**? Ja Nej . Första gången när? _____

Har du haft **återfall** av ländryggsbesvär? Ja Nej . Hur många gånger? _____

Allmänna frågor vid nack- och ryggbesvär

Ryggkirurgi / Ortoped

Nuvarande Ländryggsbesvär;

Har du smärta i ländryggen? Ja Nej

Smärtutstrålning till ben Ja Nej

Smärta i ländryggen < 3 mån

smärtutstrålning till ben < 3 mån

Smärta i ländryggen 3-12 mån

smärtutstrålning till ben 3-12 mån

Smärta i ländryggen 1-2 år

smärtutstrålning till ben 1-2 år

Smärta i ländryggen > 2 år

smärtutstrålning till ben >2 år

Har du **tidigare** genomgått någon **ryggoperation**? Ja Nej

Om Ja, Vad för operation och när (årtal) och på vilket sjukhus?

Har du gjort någon **röntgenundersökning** av ryggen ?

Ange sjukhus / Röntgenavdelning

Röntgen / Magnetkamera undersökning

Årtal

Längd: _____ cm

Vikt: _____ kg

Vilka **förväntningar** har Du på undersökningen och den eventuellt planerade behandling?

GFS - The General Function Score¹

Hur mycket påverkar din ryggsjukdom på vad du kan göra. Kryssa för i en ruta som bäst motsvarar din situation.

| | Kan utföra | Kan utföra med svårighet p.g.a. ryggsmärtan | Kan INTE utföra p.g.a. ryggsmärtan |
|--------------------------------|--------------------------|--|---|
| Gå i trappor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sitta över 30 min | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stå över 30 min | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gå över 30 min | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lyfta över 10 kg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Luta över handfat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bära matvaror plastkasse, 6 kg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Klä av och på kläder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bädda en säng | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Förklaring:

1. Gå i trappor uppför och nedför 1 våning
2. Sitta på en vanlig stol utan armstöd minst 30 minuter
3. Stå i en korridor eller i ett rum minst 30 minuter, det är tillåtet att läsa, handarbete eller titta på TV
4. Gå fram och tillbaka i en korridor minst 30 minuter
5. Lyfta en ölback (15 kg) från golvet till ett bord 90 cm högt
6. Stå framåtböjd över en handfat och tvätta ansiktet
7. Bära en plastkasse med varor 6 kg fram och tillbaks i en korridor ca 100 meter
8. Klä av och på normala civila kläder.
9. Bädda en sjukhussäng på lägsta position, 60 cm över golvet, med lakan täcke och kudde

¹ O,Hägg, P,Fritzell, K,Romberg and A,Nordwall (2001) The General Function Score: a useful tool for measurement of physical disability. Validity and reliability. *Eur Spine J* 10, 203-210.

Frågor om smärtintensitet

Obs! Även personer utan smärta eller värk skall besvara dessa frågor

På frågorna nedan ska du svara på hur stark / intensiv du bedömer att Din smärta / värk är. Ange på en skala 0 till 10, där 0 = ingen smärta / värk alls och 10 = den värsta tänkbara smärta / värk?

| | Ingen smärta | | | | | | | | | | | Värsta tänkbara smärta |
|--|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------------|
| 1. Hur stark bedömer Du att Din smärta eller värk från nacke (armar) eller ländryggen (benen) är för tillfället | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 2. Hur intensiv har Din värsta smärta/värk från nacke / ländrygg varit under de senaste 6 månaderna? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 3. Hur intensiv har Din värsta smärta/värk från nacke / ländrygg varit <i>i genomsnitt</i> under de senaste 6 månaderna? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

Frågor om försämrad funktion

Obs! Även personer utan smärta, värk eller försämrad funktion skall besvara dessa frågor

4. Under ungefär hur många dagar de senaste 6 månaderna har Du inte kunnat utföra Ditt yrke, Dina studier eller Ditt hemarbete på grund av Dina nack-/ryggbesvär
- Antal dagar _____

På frågorna nedan ska du svara på hur din nacke/rygg har påverkat dig **under de senaste 6 månaderna**. Ange på en skala 0 till 10, där 0 = inte stört alls och 10 = omöjligt att fortsätta med dessa aktiviteter.

| | Inte stört alls | | | | | | | | | | | Omöjligt att fortsätta med dessa aktiviteter |
|--|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| 5. Hur mycket har Dina besvär från nacke / rygg stört dina vardagsaktiviteter så som t ex att gå och Handla, sköta den personliga hygien, bära och lyfta i hemmet? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 6. Hur mycket har Dina besvär från nacke / rygg stört Dina möjligheter att ta del i sociala- och familjeaktiviteter | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 7. Hur mycket har Dina besvär från nacke / rygg Ändrat Dina möjligheter att arbeta (inkluderande hemarbet)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

SMÄRTA:

Datum:

Klockan:



MOLANDE



BRINNANDE



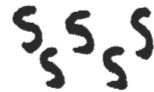
AVDOMNING



HUGGANDE,
SKÄRANDE

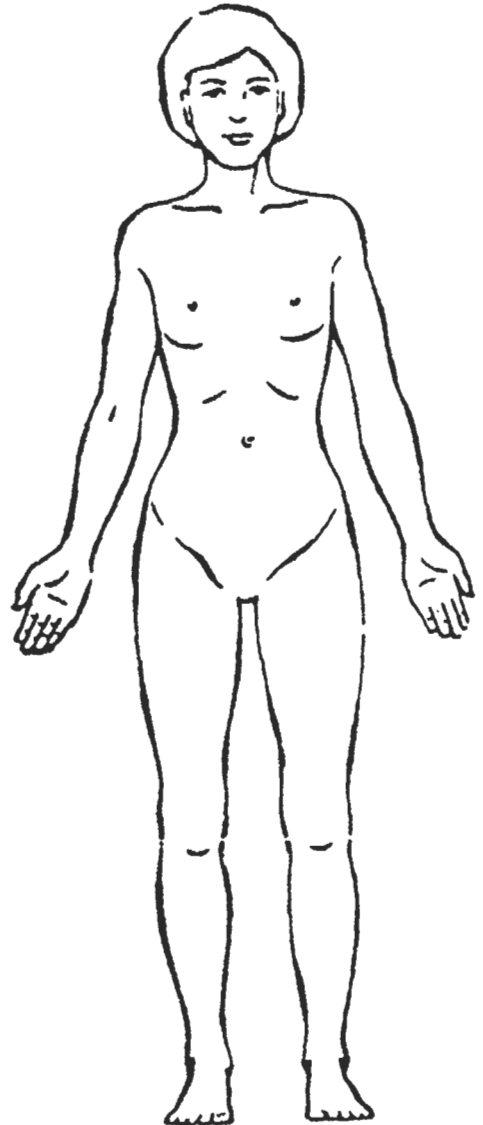
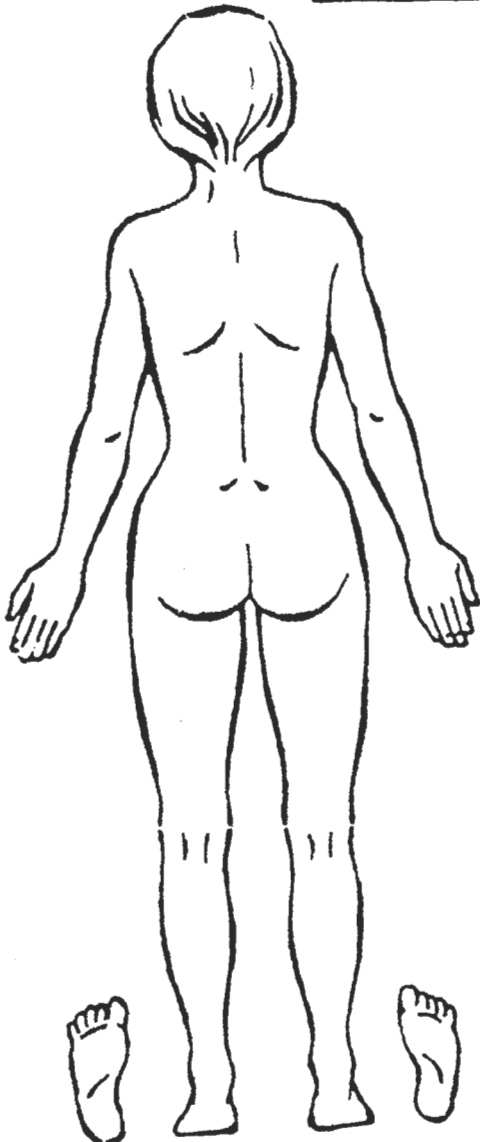


STICKANDE
("SOCKERDRICKA")



MUSKEL-
KRAMP

STAENDE



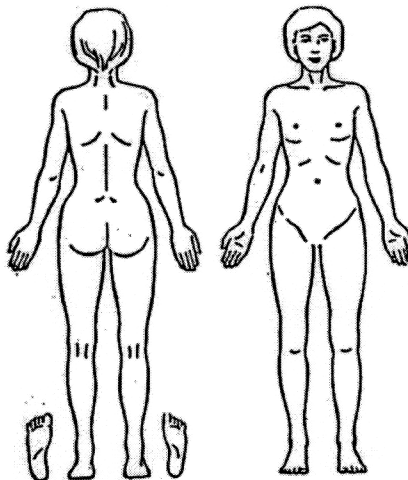
Skattning av smärtintensitet i förhållande till läge

Markera Dina symtom, besvärs-/smärtintensitetsnivå som Du upplever just nu genom att rita ett tvärstreck på linjen som i exemplet.



Linjerna är skalor där markeringen längst till vänster innebär symtom-/ besvärsfri och längst till höger värsta tänkbara smärta. Med ett tvärstreck på lämplig plats på skalan visar Du hur mycket besvär du har. Ange även med en ring på figuren vilken kroppsdel denna besvär/smärta avser.

1. I Stående just nu



a) i Rygg



Inga besvär

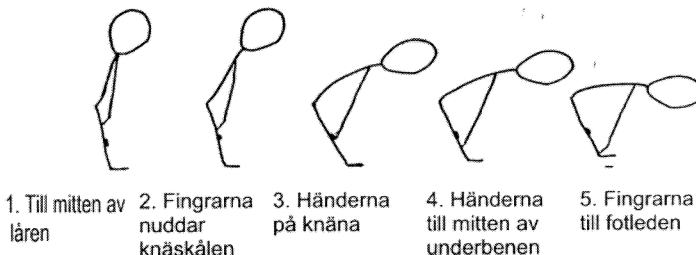
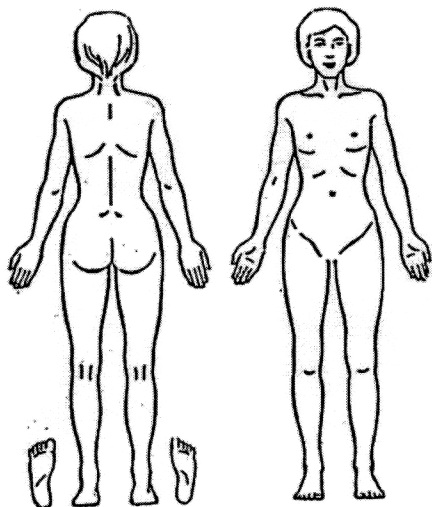
Maximal smärtintensitet

b) i ben



2. Vid böjning maximalt framåt

Hur långt når du med händerna vid maximal framåtböjning med raka ben och knän. Kryssa för i figuren



a) i Rygg



Inga besvär

Maximal smärtintensitet

b) i ben

