

NHP - HÄLSOPROFIL

OBS!

LÄS IGENOM ANVISNINGARNA NOGA

INNAN DU FYLLER I FORMULÄRET

--	--	--	--	--

Testtillfälle

NEDAN FINNER DU EN UPPRÄKNING AV NÅGRA
PROBLEM MAN KAN MÖTA I VARDAGSLIVET.

SÄTT ETT KRYSS I JA-RUTAN FÖR DE
PROBLEM DU HAR JUST NU.

SÄTT ETT KRYSS I NEJ-RUTAN FÖR DE PROBLEM
DU INTE HAR.

OM DU ÄR OSÄKER PÅ OM DU SKALL KRYSSA I JA-
ELLER NEJ-RUTAN, SÄTT ETT KRYSS I DEN RUTA
DU TYCKER STÄMMER BÄST IN PÅ DIG JUST NU.
OBS! SVARA PÅ SAMTLIGA FRÅGOR

- | | JA | NEJ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Jag känner mig jämt trött | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jag har ont på natten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jag känner mig nere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | JA | NEJ |
| 4. Jag har outhärdlig smärta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jag tar tabletter för att kunna sova | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Jag har glömt hur det är att ha roligt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | JA | NEJ |
| 7. Jag känner mig spänd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Det gör ont när jag ändrar kroppsställning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Jag känner mig ensam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | JA | NEJ |
| 10. Jag kan bara röra mig inomhus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Jag har svårt att böja mig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Allting känns som en ansträngning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | JA | NEJ |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 13. | Jag brukar vakna mycket tidigt på morgonen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Jag är helt oförmögen att gå | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Jag har svårt att få kontakt med andra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | JA | NEJ |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 16. | Dagarna känns långa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Jag har svårt att gå i trappor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Jag har svårt för att sträcka mig efter något | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OBS! KOM IHÅG ATT OM DU ÄR OSÄKER PÅ
OM DU SKALL KRYSSA I JA- ELLER NEJ-RUTAN,
SÄTT ETT KRYSS I DEN RUTA DU TYCKER
STÄMMER BÄST IN PÅ DIG JUST NU

- | | | JA | NEJ |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 19. | Det gör ont när jag går | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Jag är lättirriterad nu för tiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Jag känner det som om ingen står mig nära | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | JA | NEJ |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 22. | Jag ligger vaken mest hela natten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. | Det känns som om jag håller på att
tappa kontrollen över mig själv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | Det gör ont när jag står | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | JA | NEJ |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 25. | Jag har svårt att klä på mig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. | Jag orkar väldigt lite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | Jag har svårt att stå länge (t ex vid diskbänken eller busshållplatsen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | JA | NEJ |
| 28. | Jag har ständig smärta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | Det tar lång tid för mig att somna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. | Jag känner mig som en börda för andra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | JA | NEJ |
| 31. | Mina bekymmer håller mig vaken på natten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. | Det känns som om livet inte är värt att leva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. | Jag sover dåligt på natten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | JA | NEJ |
| 34. | Jag har svårt att komma överens med andra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. | Jag behöver hjälp för att kunna gå utomhus (t ex något eller någon att stödja mig på) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. | Det gör ont när jag går i trappor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | JA | NEJ |
| 37. | Jag känner mig nedstämd när jag vaknar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. | Det gör ont när jag sitter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NEDAN FINNER DU EN UPPRÄKNING AV VARDAGS-
AKTIVITETER SOM KAN PÅVERKAS AV PROBLEM
MED DIN HÄLSA.

SÄTT ETT KRYSS I JA-RUTAN FÖR VARJE
AKTIVITET SOM PÅVERKAS AV DITT HÄLSO-
TILLSTÄND.

SÄTT ETT KRYSS I NEJ-RUTAN FÖR VARJE
AKTIVITET SOM INTE PÅVERKAS
ELLER SOM INTE GÄLLER DIG.

Vållar Ditt nuvarande hälsotillstånd problem:

		JA	NEJ
39.	På Din arbetsplats (d v s Ditt förvärvsarbete)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Med Dina hushållssysslor (t ex städning och matlagning, reparationer och småsysslor i hemmet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Med Ditt sociala umgänge (t ex när Du går på stan, träffar vänner, äter ute m m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	I Ditt familjeliv (d v s Dina relationer med övriga familjemedlemmar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Med det sexuellt samlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Med Dina fritidsintressen (t ex idrott, handarbete, hobbyverksamhet m m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Med semestern (t ex sommar eller vintersemester, att resa bort över helger m m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLÄDDRA NU TILLBAKA TILL FÖRSTA SIDAN
OCH KONTROLLERA ATT DU BESVARAT ALLA
FRÅGOR GENOM ATT SÄTTA ETT KRYSS I
JA- ELLER NEJ-RUTAN