

Frågeformulär (PROM)

för barn/ungdomar med

HÖFTÅKOMMA

från 17 års ålder och uppåt

Börja med att fylla i:

Ditt namn

Ditt personnummer

Datum när du svarar på frågorna

PROMIS v1.1 Pediatrisk profil-25 – Barn/Ungdomar

Besvara varje fråga genom att kryssa en ruta per rad.

⇒ Välj svaret som passar dig bäst och kryssa för ditt svarsalternativ.

Om du ofta tillbringar tid med dina vänner ska du kryssa som i exemplet nedan:

Så här fyller du i enkäten.

<u>Till exempel:</u> 	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Hur ofta umgås du med dina vänner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Om du gör fel – rita över hela rutan så här →</i>				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Det finns inga rätta eller felaktiga svar. Det är vad du tycker som är viktigt.

Pediatrik profil-25

	Fysisk funktion, rörlighet Under de senaste 7 dagarna...	utan problem	med små problem	med vissa problem	med stora problem	har inte kunnat
1 235R 1	kunde jag träna och sporta som mina kompisar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 4124 R1	kunde jag resa mig upp från golvet.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3 2707 R2	kunde jag gå uppför trappor utan att hålla mig i ledstången.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4 5032 R1	kunde jag fysiskt delta i de aktiviteter jag tycker mest om.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	Oro Under de senaste 7 dagarna...	Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Ofta	Nästan alltid/ alltid
5 2220 R2	kände jag att något fruktansvärt skulle kunna hända.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 713R 1	kände jag mig orolig.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 5044 R1	kände jag mig bekymrad.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 3459b R1	var jag orolig när jag var hemma.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	Nedstämdhet under de senaste 7 dagarna...	Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Ofta	Nästan alltid/ alltid
9 5041 R1	kändes det som att allt i mitt liv blev fel.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 711R 1	kände jag mig ensam.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 228R 1	kände jag mig ledsen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12 3952a R2	hade jag svårt att ha roligt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

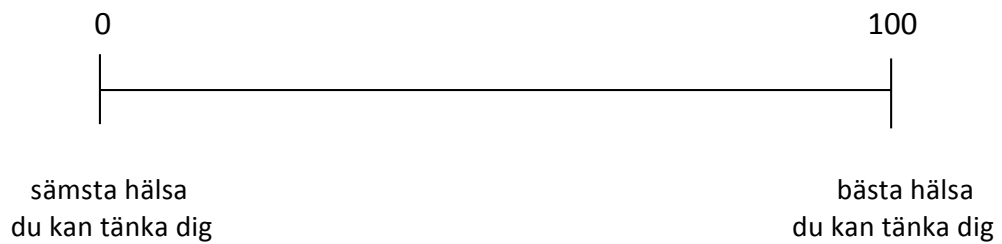
	Trötthet Under de senaste 7 dagarna...	Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Ofta	Nästan alltid/ alltid
13 4239a R2	var jag så trött att det var svårt att hinna med mitt skolarbete.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14 2876 R1	blev jag lätt trött.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15 4241 R2	var jag för trött för att idrotta eller träna.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16 4196 R1	var jag för trött för att njuta av det jag tycker om att göra.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	Relation med kompisar Under de senaste 7 dagarna...	Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Ofta	Nästan alltid/ alltid
17 5018 R1	kände jag mig accepterad av andra jämnåriga.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18 5058 R1	kunde jag lita på mina vänner.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19 5055 R1	hjälpte jag och mina vänner varandra.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20 233R 2	vilde andra barn och ungdomar vara vän med mig.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	Smärtpåverkan Under de senaste 7 dagarna...	Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Ofta	Nästan alltid/ alltid						
21 3793 R1	hade jag svårt att sova för att jag hade ont.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
22 9004	var det svårt för mig att vara uppmärksam för att jag hade ont.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
23 2045 R1	var det svårt för mig att springa för att jag hade ont.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
24 2049 R1	var det svårt för mig att gå en kort sträcka (t.ex. 100 meter) för att jag hade ont.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						
	Smärtintensitet Under de senaste 7 dagarna.											
25	hur ont har du haft i genomsnitt?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
		Inget ont alls									Värsta tänkbara ont	

HUR ÄR DIN HÄLSA IDAG?

Markera med ett kryss på linjen hur du mår idag.
100 betyder bästa hälsa som du kan tänka dig och 0 är sämsta hälsa du kan tänka dig.





Barnhöft

Frågor om smärta och funktion till barn från 8 års ålder med en sjukdom som påverkar höftleden

Pat ID:

Frågor som gäller **Din höft**.

På första sidan i detta häfte ser du om du skall svara för höger, vänster eller båda höfterna.

Sätt ett kryss för det svar som passar bäst. Kryssa i den kolumn som kallas "**Hö**" för höger höft och i kolumn "**Vä**" för vänster höft. Det kan bli olika svar för höger och vänster.

Hur ont har Du i Din höft	Hö	Vä
Så ont att jag inte ens kan leka eller röra mig som jag vill		
Mycket ont		
Ganska ont		
Bara lite ont		
Inte ont alls		

Har Du problem med att sätta på eller ta av strumpor eller skor	Hö	Vä
För det mesta		
Ibland		
Aldrig		

Hjälpmedel som Du använt under de senaste veckorna för att kunna gå	Hö	Vä
Inget		
Käpp, krycka, rollator, rullstol		

Hur långt kan du gå utan att behöva stanna för att vila (oavsett om du använder något hjälpmedel eller inte)	Hö	Vä
Så långt jag vill eller behöver		
Ganska långt		
Bara korta sträckor utomhus		
Bara inomhus		
Kan inte gå själv - behöver rullstol		

Hur går det för dig att sitta?	Hö	Vä
Kan sitta utan problem på golvet		
Kan sitta utan problem vid ett bord eller i en fåtölj <u>men inte</u> på golvet		
<u>Kan inte</u> sitta i mer än ett par minuter utan att behöva ändra ställning		

Hur går det för dig att gå i trappor?	Hö	Vä
Kan gå med bara en fot på varje trappsteg, utan att hålla i trappräcket		
Kan gå med bara en fot på varje trappsteg, men måste hålla i trappräcket		
Måste gå med båda fötterna på varje trappsteg		
Kan inte gå i trappor		

Övrigt:

Berätta här om det är något särskilt som frågorna inte tar upp.

iHOT¹²

INTERNATIONAL HIP OUTCOME TOOL

NAMN:

PERSONNR:

DAGENS DATUM:

**VILKEN HÖFT
HANDLAR DETTA
FORMULÄR OM?**
Om vi bitt dig att ge svar
om en specifik höft,
markera den.

Vänster
 Höger

FORMULÄR OM LIVSKVALITÉ HOS UNGA AKTIVA MÄNNISKOR MED HÖFTPROBLEM

INSTRUKTIONER

- Dessa frågor handlar om de besvär som du kan uppleva i din höft, hur dessa besvär påverkar ditt liv och de känslor du känner som följd av dessa besvär.
- Vänligen ange svårighetsgraden av dina höftbesvär genom att markera linjen med ett streck nedanför varje fråga

- » Om du markerar längst ut till vänster betyder det att du känner dig påtagligt begränsad.
Till exempel:

PÅTAGLIGT / BEGRÄNSAD _____ INGA PROBLEM ALLS

- » Om du markerar längst ut till höger betyder det att du inte har några problem alls med din höft.
Till exempel:

PÅTAGLIGT _____ / BEGRÄNSAD INGA PROBLEM ALLS

- » Om markeringen placeras mitt på linjen betyder det att du är måttligt besvärad, eller med andra ord, mitt emellan 'påtagligt begränsad' och 'inga problem alls'. Det är viktigt att du markerar ända ut i kanten av linjen om det är ytterligheten som bäst beskriver din situation.

TIPS Om du inte utför en aktivitet, föreställ dig hur det skulle kännas i din höft om du var tvungen att utföra aktiviteten.

- Vänligen låt dina svar beskriva den typiska situationen senaste månaden.

F1 Totalt sett, hur mycket smärta har du i din höft/ljumske?

EXTREM SMÄRTA HÖGER _____ INGEN SMÄRTA ALLS
VÄNSTER _____

F2 Hur svårt är det för dig att ta dig ner på och upp från golvet/marken?

EXTREMT SVÅRT HÖGER _____ INTE ALLS SVÅRT
VÄNSTER _____

F3 Hur svårt är det för dig att gå långa distanser?

EXTREMT SVÅRT HÖGER _____ INTE ALLS SVÅRT
VÄNSTER _____

