

# Frågeformulär (PROM)

för barn/ungdomar med

## HÖFTÅKOMMA

upp till och med 16 års ålder

**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

	<b>Fysisk funktion, rörlighet</b> <b>Under de senaste 7 dagarna...</b>	<b>utan problem</b>	<b>med små problem</b>	<b>med vissa problem</b>	<b>med stora problem</b>	<b>har inte kunnat</b>
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

	<b>Oro</b> <b>Under de senaste 7 dagarna...</b>	<b>Aldrig</b>	<b>Nästan aldrig</b>	<b>Ibland</b>	<b>Ofta</b>	<b>Nästan alltid/ alltid</b>
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

	<b>Nedstämdhet</b> <b>under de senaste 7 dagarna...</b>	<b>Aldrig</b>	<b>Nästan aldrig</b>	<b>Ibland</b>	<b>Ofta</b>	<b>Nästan alltid/ alltid</b>
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

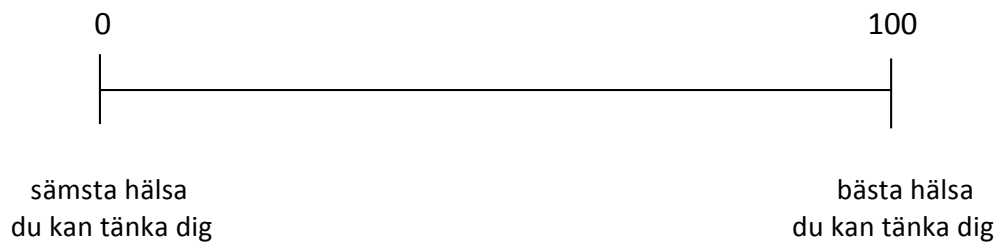
	<b>Trötthet</b> Under de senaste 7 dagarna...	Aldrig	Nästan aldrig	Ibland	Ofta	Nästan alltid/ alltid
13 4239a R2	var jag så trött att det var svårt att hinna med mitt skolarbete.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 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

	<b>Relation med kompisar</b> 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

	<b>Smärtpåverkan</b> 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						
	<b>Smärtintensitet</b> 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.

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

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

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

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

<b>Hur går det för dig att sitta?</b>	<b>Hö</b>	<b>Vä</b>
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		

<b>Hur går det för dig att gå i trappor?</b>	<b>Hö</b>	<b>Vä</b>
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.**