

Namn:

Personnummer:

Datum:

**När du svarar på nedanstående frågor, beskriv hur du upplevt dessa besvär eller symtom i genomsnitt under de senaste två veckorna.**

**Övergripande skattning av hälsa: "Hur vill du beskriva din hälsa idag?"**

0. Utmärkt
1. Mycket god
2. God
3. Någorlunda
4. Dålig

**1. Beskriv dina besvär av trötthet**

0. Inga besvär
1. Lätta besvär med trötthet men klarar mig bra i vardagen
2. Måttliga besvär, hämmar klart dagliga aktiviteter eller arbetet
3. Svåra besvär, förhindrar det mesta av mina aktiviteter
4. Önskar diskutera detta problem ytterligare

**2. Beskriv hur du upplever dina kognitiva funktioner (minne, uppmärksamhet och koncentration)**

0. Inga besvär/enda lättare besvär då jag är trött
1. Lätta besvär, märker själv eller märks av anhörig, ej problem i vardagen
2. Måttliga besvär, leder till problem i vardag eller arbete
3. Svåra, handikappande besvär
4. Önskar diskutera detta problem ytterligare

**3. Beskriv ditt nuvarande stämningsläge**

0. Inga besvär, mår bra
1. Lätta besvär med nedsatt stämningsläge men påverkar mig inte i vardagen
2. Måttliga besvär, hämmar klart dagliga aktiviteter eller arbetet
3. Svåra besvär, förhindrar det mesta av aktiviteter
4. Önskar diskutera detta problem ytterligare

**4. Beskriv din nuvarande synfunktion**

0. Inga besvär
1. Lätta synbesvär men klarar mig bra i vardagen, kan läsa vanlig tidningstext
2. Måttliga besvär, synbesvären leder till tydliga problem i vardagen eller arbetet
3. Svåra besvär, grav synnedsättning. Behov av synhjälpmedel
4. Önskar diskutera detta problem ytterligare

Namn:

Personnummer:

Datum:

## **5. Beskriv hur du upplever din förmåga till tal och kommunikation**

0. Inga besvär
1. Lätta besvär med talet men inga problem i vardagen
2. Måttliga besvär, leder till tydliga problem i vardagen eller arbetet
3. Svåra besvär, nästan oförmåga att göra mig förstådd
4. Önskar diskutera detta problem ytterligare

## **6. Beskriv hur du upplever din sväljfunktion**

0. Inga besvär
1. Lätta besvär med sväljning av framför allt vätskor men leder ej till problem i vardagen
2. Måttliga besvär, behöver anpassad föda, leder till vissa svårigheter att få i mig tillräckligt med näring
3. Svåra besvär, behov av sond nu eller i nära framtiden
4. Önskar diskutera detta problem ytterligare

## **7. Beskriv hur du upplever din armfunktion**

0. Inga besvär
1. Lätta besvär med finmotoriken men klarar mig bra i vardagen
2. Måttliga besvär med armstyrka eller finmotorik, hämmar klart dagliga aktiviteter eller arbetet
3. Svåra besvär, förhindrar det mesta av funktioner och aktiviteter med armarna
4. Önskar diskutera detta problem ytterligare

## **8. Beskriv hur du upplever din benfunktion**

0. Inga besvär
1. Lätta besvär med gången men behöver inga hjälpmedel
2. Måttliga besvär, behov av gånghjälpmedel för att kunna gå 100 m
3. Svåra besvär, i stort sett rullstolsburen, kan gå enstaka steg
4. Önskar diskutera detta problem ytterligare

## **9. Beskriv hur du upplever din blåsfunktion**

0. Inga besvär
1. Lätta besvär med antingen trängningar eller igångsättningssvårigheter men ger inga problem i vardagen
2. Måttliga besvär, hämmar klart dagliga aktiviteter eller arbetet. Inkontinens förekommer
3. Svåra besvär, förhindrar det mesta av sociala aktiviteter
4. Önskar diskutera detta problem ytterligare

## **10. Beskriv hur du upplever din tarmfunktion**

0. Inga besvär
1. Lätta besvär med förstoppning eller trängningar men ger inga problem i vardagen
2. Måttliga besvär, hämmar klart dagliga aktiviteter eller arbetet
3. Svåra besvär, förhindrar det mesta av sociala aktiviteter
4. Önskar diskutera detta problem ytterligare

Namn:

Personnummer:

Datum:

### **11. Beskriv hur du upplever dina sexuella funktioner**

0. Inga besvär
1. Lätta besvär med erektion eller sexuell lust men leder inte till några tydliga problem
2. Måttliga besvär, hämmar klart den sexuella förmågan eller aktiviteten
3. Svåra besvär, förhindrar eller oförmåga till all sexuell aktivitet
4. Önskar diskutera detta problem ytterligare

### **12. Beskriv om du har några besvär av spasticitet (spända eller krampande muskler)**

0. Inga besvär
1. Lätta besvär med muskelspänningar men ger inga problem i vardagen
2. Måttliga besvär med spasmer eller muskelspänningar, leder till klara problem i vardagen
3. Svåra besvär, leder till komplikationer vid omvårdnad
4. Önskar diskutera detta problem ytterligare

### **13. Beskriv om du har några besvär av smärta**

0. Inga besvär
1. Lätta besvär med smärta men leder inte till några problem i vardagen
2. Måttliga besvär, hämmar klart dagliga aktiviteter eller arbetet
3. Svåra besvär, kroniska svåra smärtor som är handikappande
4. Önskar diskutera detta problem ytterligare

### **14. Beskriv om du har några besvär med din balans**

0. Inga besvär
1. Lätta balanssvårigheter men leder inte till några problem i vardagen
2. Måttliga besvär, hämmar klart dagliga aktiviteter eller arbetet
3. Svåra besvär, kan inte gå utan två stöd alternativt rullstolsbunden pga balansproblemen
4. Önskar diskutera detta problem ytterligare

Namn:

Personnummer:

Datum:

Sammanräkning modifierad Guys skala:

| Övergripande hälsoskattning | Utmärkt        | Mkt god         | God                | Någorlunda      | Dålig                         |
|-----------------------------|----------------|-----------------|--------------------|-----------------|-------------------------------|
|                             | 0: Inga besvär | 1. Lätta besvär | 2. Måttliga besvär | 3. Svåra besvär | 4. Vill diskutera ytterligare |
| 1. Trötthet                 |                |                 |                    |                 |                               |
| 2. Kognition                |                |                 |                    |                 |                               |
| 3. Stämningläge             |                |                 |                    |                 |                               |
| 4. Syn                      |                |                 |                    |                 |                               |
| 5. Tal/kommunikation        |                |                 |                    |                 |                               |
| 6. Sväljfunktion            |                |                 |                    |                 |                               |
| 7. Armfunktion              |                |                 |                    |                 |                               |
| 8. Benfunktion              |                | EDSS<6          | EDSS≥6             | EDSS≥7          |                               |
| 9. Blåsfunktion             |                |                 |                    |                 |                               |
| 10. Tarmfunktion            |                |                 |                    |                 |                               |
| 11. Sexuell funktion        |                |                 |                    |                 |                               |
| 12. Spasticitet             |                |                 |                    |                 |                               |
| 13. Smärta                  |                |                 |                    |                 |                               |
| 14. Balans                  |                |                 |                    |                 |                               |

**Totalsumma:**