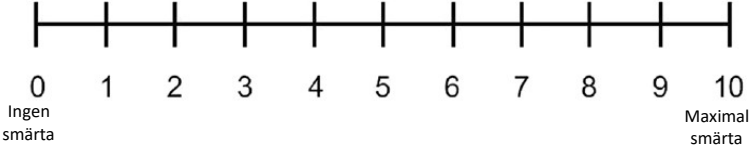
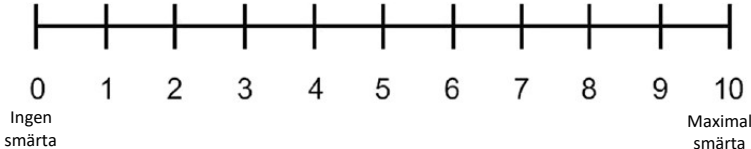


## Frågor om ryggbesvär - Uppföljning

<b>Datum - ÅÅ/MM/DD</b>	___/___/___	
<b>Namn</b>		
<b>10 siffrigt personnummer</b>	- - - - - - - - - - - - - - - -	
<b>Självskattad övergripande behandlingseffekt</b>	<input type="checkbox"/> Våldigt mycket sämre <input type="checkbox"/> Mycket sämre <input type="checkbox"/> Sämre <input type="checkbox"/> Oförändrad <input type="checkbox"/> Bättre <input type="checkbox"/> Mycket bättre <input type="checkbox"/> Helt återställd	
<b>Hur är din inställning till resultatet av din genomgångna behandling för ryggsmärta?</b>	<input type="checkbox"/> Jag är fullständigt nöjd <input type="checkbox"/> Jag är ganska nöjd <input type="checkbox"/> Jag är tveksam <input type="checkbox"/> Jag är ganska missnöjd <input type="checkbox"/> Jag är fullständigt missnöjd	
<p><b>Markera Din smärtnivå</b> under senaste veckan genom att ringa in det värde som bäst motsvarar smärtnivån, på vardera linjen. Linjerna är skalor där markering längst till vänster innebär smärtfri och längst till höger värsta tänkbara smärta. Med en markering av lämpligt värde på vardera skalan visar Du hur mycket ryggsmärta och bensmärta du har.</p> <p><b>OBS, du måste välja ett heltal, ringa in den siffran som bäst motsvarar din smärta.</b></p>	<p><b>1. Ryggsmärta</b></p>  <p><b>2. Bensmärta</b></p> 	
<p>Oswestry Ryggfunktionsskala</p> <p>Följande frågor är utformade för att ge oss information om hur Din ryggsmärta påverkar det dagliga livet. Besvara varje avsnitt och markera <b>bara</b> den enda ruta som passar Dig. Vi är medvetna om att det kan vara svårt att välja mellan två närstående påståenden, men var vänlig kryssa bara i den rutan som mest motsvarar Din situation.</p>		
<p><b>1) SMÄRTINTENSITET</b></p> <input type="checkbox"/> 0. Jag har ingen smärta för närvarande <input type="checkbox"/> 1. Jag har väldigt svag smärta för närvarande <input type="checkbox"/> 2. Jag har måttlig smärta för närvarande <input type="checkbox"/> 3. Jag har ganska stark smärta för närvarande <input type="checkbox"/> 4. Jag har väldigt stark smärta för närvarande <input type="checkbox"/> 5. Jag har helt outhärdlig smärta för närvarande	<p><b>2) PERSONLIG OMVÅRDNAD</b></p> <input type="checkbox"/> 0. Jag sköter mig själv utan att få mer smärta <input type="checkbox"/> 1. Jag sköter mig själv, men får mer smärta <input type="checkbox"/> 2. Jag sköter mig själv, men det gör ont och jag får vara försiktig <input type="checkbox"/> 3. Jag behöver en viss hjälp, men klarar det mesta själv <input type="checkbox"/> 4. Jag behöver hjälp varje dag med det mesta <input type="checkbox"/> 5. Jag klär inte på mig, har svårt att tvätta mig och ligger till sängs	
<p><b>3. FÖRMÅGA ATT LYFTA</b></p> <input type="checkbox"/> 0. Jag kan lyfta tunga saker utan att få ont <input type="checkbox"/> 1. Jag kan lyfta tunga saker, men får ont <input type="checkbox"/> 2. På grund av smärta kan jag inte lyfta tunga saker från golvet, det går bra om de är bra placerade, t ex på ett bord <input type="checkbox"/> 3. På grund av smärta kan jag inte lyfta tunga saker, men klarar lätta och medeltunga saker, om de är bra placerade <input type="checkbox"/> 4. Jag kan bara lyfta väldigt lätta saker <input type="checkbox"/> 5. Jag kan inte lyfta eller bära några saker	<p><b>4. GÅNGFÖRMÅGA</b></p> <input type="checkbox"/> 0. Smärtan hindrar mig inte från att gå hur långt som helst <input type="checkbox"/> 1. Smärtan hindrar mig från att gå mer än 1 km <input type="checkbox"/> 2. Smärtan hindrar mig från att gå mer än 500 m <input type="checkbox"/> 3. Smärtan hindrar mig från att gå mer än 100 m <input type="checkbox"/> 4. Jag kan bara gå om jag använder käpp eller kryckor <input type="checkbox"/> 5. Jag ligger mestadels till sängs och måste krypa till toaletten	

<p>5. FÖRMÅGA ATT SITTA</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Jag kan sitta i vilken stol som helst så länge jag vill</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Jag kan sitta i min favoritstol så länge jag vill</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Smärtan hindrar mig från att sitta mer än 1 timme</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Smärtan hindrar mig från att sitta mer än 30 minuter</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Smärtan hindrar mig från att sitta mer än 10 minuter</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Smärtan hindrar mig från att sitta över huvud taget</p>	<p>6. FÖRMÅGA ATT STÅ</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Jag kan stå så länge jag vill utan att få mer ont</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Jag kan stå så länge jag vill, men får mer ont</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Smärtan hindrar mig från att stå mer än 1 timme</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Smärtan hindrar mig från att stå mer än 30 minuter</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Smärtan hindrar mig från att stå mer än 10 minuter</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Smärtan hindrar mig från att stå över huvud taget</p>
<p>7. SÖMN</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Smärtan hindrar mig inte från att sova</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Smärtan hindrar mig ibland från att sova</p> <p><input type="checkbox"/> 2. På grund av smärtan sover jag mindre än 6 timmar per natt</p> <p><input type="checkbox"/> 3. På grund av smärtan sover jag mindre än 4 timmar per natt</p> <p><input type="checkbox"/> 4. På grund av smärtan sover jag mindre än 2 timmar per natt</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Smärtan hindrar mig från att sova över huvud taget</p>	<p>8. SEXUALFUNKTION</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Mitt sexualliv är normalt och orsakar inte mer smärta</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mitt sexualliv är normalt men orsakar viss ökad smärta</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Mitt sexualliv är nästan normalt men väldigt smärtande</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mitt sexualliv är starkt begränsat på grund av smärta</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mitt sexualliv är nästan obefintligt på grund av smärta</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Smärtan hindrar mig från sexualliv över huvud taget</p>
<p>9. SOCIALT LIV</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Mitt sociala liv är normalt och ger ej ökade smärtor</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mitt sociala liv är normalt men ökar smärtan</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Smärtan påverkar inte mitt sociala liv nämnvärt, men förhindrar mig att utföra mer ansträngande aktiviteter, såsom dans, motion och idrott</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Smärtan har begränsat mitt sociala liv och jag går inte ut så ofta</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Smärtan har begränsat mitt sociala liv och jag måste hålla mig hemma</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Jag har inget socialt liv på grund av smärtan</p>	<p>10. RESOR</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Jag kan resa vart som helst utan att få mer ont</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Jag kan resa vart som helst men får mer ont</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Smärtan blir svår men jag klarar resor på mer än 2 timmar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Smärtan hindrar mig från att göra resor på mer än 1 timme</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Smärtan gör att jag bara kan göra nödvändiga resor kortare än 30 minuter</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Smärtan hindrar mig att göra andra resor än för att få behandling</p>

Vårdgivaren - totalpoäng: \_\_\_\_\_

Oswestry Disability Index (0-50 poäng) 0-10 minimal, 11-20 måttlig, 21-50 svår funktionsnedsättning