

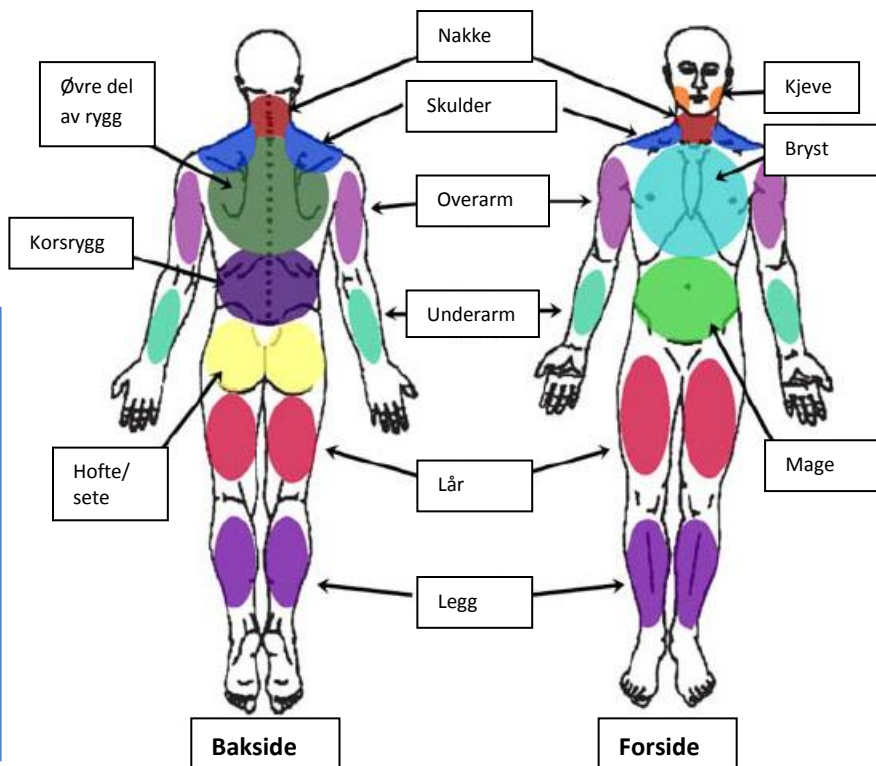
Kartlegging av symptomer ved muskelsmerter

1. Smertekartlegging

For å besvare følgende spørsmål skal du svare/vurdere i forhold til:

Hvordan du har hatt det den siste uken, også om du har mottatt behandling. Du skal ikke ta med symptomer som har forbindelse med andre tilstander, som for eksempel hofteledds slitasje.

Kryss av for de områdene du har opplevd smerter i gjennom den siste uken:



- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Skulderbue, ve. | <input type="checkbox"/> Legg, ve. |
| <input type="checkbox"/> Skulderbue, hø. | <input type="checkbox"/> Legg, hø. |
| <input type="checkbox"/> Overarm, ve. | <input type="checkbox"/> Kjeve, ve. |
| <input type="checkbox"/> Overarm, hø. | <input type="checkbox"/> Kjeve, hø. |
| <input type="checkbox"/> Underarm, ve. | <input type="checkbox"/> Bryst |
| <input type="checkbox"/> Underarm, hø. | <input type="checkbox"/> Mage |
| <input type="checkbox"/> Hofte/sete, ve. | <input type="checkbox"/> Nakke |
| <input type="checkbox"/> Hofte/sete, hø. | <input type="checkbox"/> Øvre rygg |
| <input type="checkbox"/> Lår, ve. | <input type="checkbox"/> Korsrygg |
| <input type="checkbox"/> Lår, hø. | |

Navn: _____
 Fødselsdato: _____
 Dato for utfylling: _____

Med «Kognitive symptomer» mener vi din evne til å huske, til å forstå, til å konsentrere deg, til å være oppmerksom og til å lære.

2. Symptom-gradering

Avkrysningene her skal være i tråd med din opplevelse av symptom-intensitet i løpet av den siste uken:

Slitenhet/utmattelse

- 0= ingen problemer
- 1= Lette-milde problemer; generelt milde eller periodiske
- 2= Moderate-betydelige problemer ofte tilstede og/el. i moderat grad
- 3= Alvorlige-gjennomgripende, vedvarende og livsforstyrrende problemer

Å våkne opp uuthvilt

- 0= ingen problemer
- 1= Lette-milde problemer; generelt milde eller periodiske
- 2= Moderate-betydelige problemer ofte tilstede og/el. i moderat grad
- 3= Alvorlige-gjennomgripende, vedvarende og livsforstyrrende problemer

Kognitive symptomer

- 0= ingen problemer
- 1= Lette-milde problemer; generelt milde eller periodiske
- 2= Moderate-betydelige problemer ofte tilstede og/el. i moderat grad
- 3= Alvorlige-gjennomgripende, vedvarende og livsforstyrrende problemer

3. Har du hatt noen av de følgende symptomene i løpet av de siste 6 månedene?

- | | 0 | 1 |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| A. Smerter eller kramper i nedre del av magen | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| B. Depresjon | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |
| C. Hodepine | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja |

4. Har symptomene under punkt 2 og 3 samt utbredte smerter vært til stede på et likt nivå i minst 3 måneder?

- Nei Ja

5. Har du noen sykdom som ellers kan forklare smertene dine?

- Nei Ja

Når du er ferdig med å fylle ut skjemaet, gir du det til legen.

Tusen takk!
