

 3 månader 12 månader Annat (ange antal månader)

PATIENTENKÄT (arm/hand)

Personnummer (ååååmmdd-nnnn):

Mobiltelefonnummer (070-111 22 33):

Mailadress:

Datum för ifyllande av enkät (åååå-mm-dd) --Jag är (ange den hand du skriver med): Vänsterhänt Högerhänt TvåhäntArm/hand som har opererats: Vänster HögerEnkäten gäller de besvär du har haft **den senaste veckan**, i den **arm/hand** som har opererats. Kryssa för det svarsalternativ som stämmer bäst överens med dina ev. besvär.

1. Smärta vid belastning

Inga problem 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 Värsta tänkbara problem

2. Smärta vid rörelser utan belastning

Inga problem 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 Värsta tänkbara problem

3. Vilovärk

Inga problem 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 Värsta tänkbara problem

4. Stelhet

Inga problem 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 Värsta tänkbara problem

5. Svaghet

Inga problem 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 Värsta tänkbara problem

6. Domningar/stickningar i fingrarna ("sockerdricks känsla")

Inga problem 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 Värsta tänkbara problem

7. Köldkänslighet (obehag/besvär när du utsätts för kyla)

Inga problem 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 Värsta tänkbara problem

8. Förmåga att utföra dagliga aktiviteter

Inga problem 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 Värsta tänkbara problem

9. Hur upplever Du resultatet av operationen?

 Helt nöjd 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 Helt missnöjd

10. Hur upplever Du bemötandet på kliniken under behandlingstiden?

 Helt nöjd 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 Helt missnöjd

 3 månader 12 månader Annat (ange antal månader)

Hälsoenkät (arm/axel/hand)

Denna enkät berör Dina symtom och Din förmåga att utföra vissa aktiviteter. Svara på **varje fråga**, baserat på hur Du har mått **den senaste veckan**, genom att kryssa för ett svarsalternativ för varje fråga. Om det är någon aktivitet Du inte har utfört den senaste veckan får Du kryssa för det svar som Du bedömer **stämmer bäst** om Du hade utfört aktiviteten. Det har ingen betydelse vilken arm eller hand Du använder för att utföra aktiviteten. Svara baserat på Din förmåga oavsett hur Du utför uppgiften.

	Ingen svårighet	Viss svårighet	Måttlig svårighet	Stor svårighet	Omöjligt att göra
1. Öppna en ny burk eller hårt sittande lock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Utföra tunga hushållssysslor (t ex tvätta golv, putsa fönster, hänga tvätt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bära matkassar eller portfölj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tvätta Din rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Använda en kniv för att skära upp maten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fritidsaktiviteter som tar upp viss kraft eller stöt genom arm, axel eller hand (t ex spela golf, använda hammare, spela tennis, skytte, bowling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Under **den senaste veckan**, i vilken utsträckning har Dina arm-, axel- eller handproblem stört Ditt vanliga umgänge med anhöriga, vänner, grannar eller andra?

Inte alls Lite Måttligt Mycket Väldigt mycket

8. Under **den senaste veckan**, i vilken utsträckning har Dina arm-, axel- eller handproblem stört Ditt vanliga arbete eller andra dagliga aktiviteter?

Inte alls Lite Måttligt Mycket Väldigt mycket

Ange svårighetsgraden på Dina symtom **den senaste veckan**:

	Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
9. Värk/smärta i arm, axel eller hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Stickningar (sockerdrickskänsla) i arm, axel eller hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Har Du haft svårt att sova, under **den senaste veckan**, på grund av värk/smärta i arm, axel eller hand?

Inte alls Viss svårighet Måttlig svårighet Stor svårighet Mycket stor svårighet