

Fylls i av personal

3 månader 12 månader Annat (ange antal månader)



Personnummer (ååååmmdd-nnnn):

PATIENTENKÄT (arm/hand) HAKIR-8 (HQ-8)

Datum för ifyllande av enkät (åååå-mm-dd)

Jag är (ange den hand du skriver med): Vänsterhänt Högerhänt Tvåhänt

Arm/hand som har opererats: Vänster Höger

Röker du? Aldrig varit rökare
 Före detta rökare
 Röker, ej dagligen
 Dagligrökare

Enkäten 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

