



47953

Sykehus nr:

--	--	--	--

Helsevurderingsskjema

--	--	--	--	--	--

FYLLES UT AV PASIENT

Vi er interessert i å få vite hvordan din sykdom påvirker din evne til å fungere i dagliglivet. På de følgende spørsmål ber vi deg krysse av det svaret som best beskriver dine aktiviteter, i gjennomsnitt i løpet av en dag, i løpet av **siste uke**. MERK BARE AV DE VANSKENE ELLER BEGRENSNINGENE SOM SKYLDES SYKDOMMMEN.

	INGEN vansker	LITT vansker	MYE vansker	KAN IKKE gjøre dette	IKKE aktuelt
STELLE OG KLE PÅ SEG					
Er du i stand til:					
-Kle på deg (omfatter knytting av skolisser og knepping av knapper)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vaske håret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ta av sokkene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Klippe finger neglene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REISE SEG					
Er du i stand til:					
-Reise seg fra en lav stol eller gulvet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Komme deg opp i og ut av sengen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPISING					
Er du i stand til:					
-Skjære kjøtt i biter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Løfte kopp eller glass til munnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Åpne en ny eske frokostblanding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GANGE					
Er du i stand til:					
-Gå ute på flatt underlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Gå opp fem trappetrinn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kryss av for eventuelle hjelpemidler du vanligvis bruker ved aktivitetene som er nevnt over:

Stokk	<input type="checkbox"/>	Hjelpemidler til påkledning(knappekrok, glidelåstrekker langt skohorn etc.)	<input type="checkbox"/>																				
Gåstol	<input type="checkbox"/>	Fortykket blyant eller annet spesielt redskap	<input type="checkbox"/>																				
Krykker	<input type="checkbox"/>	Spesialstol eller oppbygget stol	<input type="checkbox"/>																				
Rullestol	<input type="checkbox"/>	Annet	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

Kryss av enhver aktivitet som du vanligvis trenger hjelp fra en annen person P.G.A. SYKDOM:

Stelle seg og kle på seg	<input type="checkbox"/>	Spise	<input type="checkbox"/>
Reise seg	<input type="checkbox"/>	Gå	<input type="checkbox"/>



47953

	INGEN vansker	LITT vansker	MYE vansker	KAN IKKE gjøre dette	IKKE aktuelt
HYGIENE					
Er du i stand til å:					
-Vaske og tørke hele kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bade i badekar (komme opp i og ut av karet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Komme deg av og på toalettet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Pusse tennene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Børste håret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å REKKE					
Er du i stand til å:					
-Få tak i og ta ned en tung gjenstand (f.eks et stort spill / bok), fra et sted over hodet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bøye deg ned for å plukke opp klær eller et stykke papir fra gulvet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Trekke en genser over hodet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Snu hodet for å se deg over skulderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GREP					
Er du i stand til å:					
-Skrive / tegne med penn el. blyant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Åpne en bildør?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Åpne glass som har vært åpnet før?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Skru kraner opp og igjen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Åpne en dør ved hjelp av dørhåndtaket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AKTIVITETER					
Er du i stand til å:					
-Gå ærend eller handle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Komme inn og ut av bil, lekebil el. buss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Sykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Gjøre husarbeid (f.eks vaske opp, re opp seng bære ut søppel, støvesuge, hagearbeid, rydde rommet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Løpe og leke ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kryss av for eventuelle hjelpemidler du vanligvis bruker ved aktivitetene som er nevnt over:

Oppbygget toalettsete	<input type="checkbox"/>	Håndtak ved badekar	<input type="checkbox"/>
Sete i badekar	<input type="checkbox"/>	Langskaffet hjelpemiddel for å rekke ting	<input type="checkbox"/>
Krukke/glass åpner	<input type="checkbox"/>	Langskaffet hjelpemiddel på badet	<input type="checkbox"/>

Kryss av enhver aktivitet hvor du vanligvis trenger hjelp fra en annen person P.G.A. SYKDOM:

Hygiene	<input type="checkbox"/>	Grep og åpne ting	<input type="checkbox"/>
Å rekke	<input type="checkbox"/>	Ærend og husarbeid	<input type="checkbox"/>

Hvor mye smerte har du hatt pga din revmatiske sykdom DEN SISTE UKEN?

 Vennligst sett en strek **på tvers** av linjen for å vise graden av smerte.

Ingen smerter _____ Svært sterk smerte

Når du tar i betraktning alle måter sykdommen virker inn på deg, angi hvordan du har det ved å sette en strek på tvers av linjen.

Svært bra _____ Svært dårlig