

1 Kartleggingskjema ved barneleddgikt (JAMAR).

2 **Norsk oversettelse** **Forelderutgave**

3 **Pasientens initialer:** _____ **Dato:** _____

4 Hvem fyller ut spørreskjemaet Mor Far

5 Målet med spørreskjemaet er å samle informasjon om ditt barns nåværende sykdomstilstand.

6 Dine svar vil hjelpe oss med å forbedre vår medisinske vurdering.

7 Les spørsmålene nedenfor nøye og velg det svaret som passer best for ditt barn.

8 Hvis du er i tvil eller trenger forklaringer, så spør oss gjerne om hjelp.

9 Det finnes ikke riktige eller gale svar.

10 Vi ønsker at du svarer akkurat slik du føler er riktig for ditt barn.

11 1. Vurdering av fysisk evne/funksjon

12 Velg det svaret som best beskriver ditt barns evne til å utføre aktivitetene i listen nedenfor i **de siste fire ukene**.

13 Angi kun de vanskene eller begrensningene som er **forårsaket av sykdommen**.

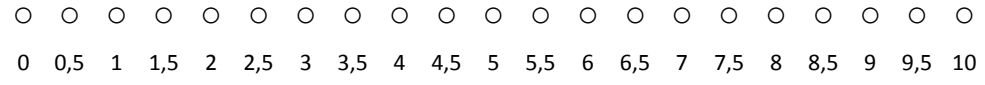


14 Hvis ditt barn har vansker med å utføre noen av disse aktivitetene som følge av at han/hun er for ung og **ikke p.g.a. sykdommen**, så velger du "Ikke aktuelt".

15		UTEN vansker	LITT vansker	MYE vansker	KLARER ikke	Ikke aktuelt
16	1. Løpe minst 10 m på flatt underlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	2. Gå opp 5 trappetrinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	3. Hoppe fremover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	4. Sitte på huk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	5. Bøye seg ned og ta opp noe fra gulvet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	6. Gjøre aktiviteter som krever at han/hun bruker fingrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	7. Åpne og knytte nevene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	8. Klemme en gjenstand med hendene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	9. Åpne en dør ved å trykke ned håndtaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	10. Åpne og stenge en kran eller åpne et lokk på en krukke som tidligere har vært åpnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	11. Strekke fram armene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	12. Legge hendene bak nakken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	13. Vri på hodet og se over skuldrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	14. Bøye hodet bakover og se i taket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	15. Ta en bit av en brødslike eller et eple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31 2. Hvor mye smerte har ditt barn hatt p.g.a. sykdommen den siste uken?

32 (velg det tallet som er mest korrekt)

33

INGEN SMERTE		EKSTREM SMERTE																					
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">0</td><td style="width: 5%;">0,5</td><td style="width: 5%;">1</td><td style="width: 5%;">1,5</td><td style="width: 5%;">2</td><td style="width: 5%;">2,5</td><td style="width: 5%;">3</td><td style="width: 5%;">3,5</td><td style="width: 5%;">4</td><td style="width: 5%;">4,5</td><td style="width: 5%;">5</td><td style="width: 5%;">5,5</td><td style="width: 5%;">6</td><td style="width: 5%;">6,5</td><td style="width: 5%;">7</td><td style="width: 5%;">7,5</td><td style="width: 5%;">8</td><td style="width: 5%;">8,5</td><td style="width: 5%;">9</td><td style="width: 5%;">9,5</td><td style="width: 5%;">10</td> </tr> </table>	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	
0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10			

PATIENT ID _____

DATE OF VISIT (D/M/Y) _____

Country code, Centre ID, Incremental number (1-100) e.g. IT 01 0001

JUVENILE ARTHRITIS MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT REPORT (JAMAR)

34 **3. Kryss av om ditt barn har smerte eller hevelse i noen av leddene i listen under i dag:**

35	VENSTRE SIDE	Smerte eller hevelse	HØYRE SIDE	Smerte eller hevelse
36	Fingre	<input type="checkbox"/>	Fingre	<input type="checkbox"/>
37	Håndledd	<input type="checkbox"/>	Håndledd	<input type="checkbox"/>
38	Albue	<input type="checkbox"/>	Albue	<input type="checkbox"/>
39	Skulder	<input type="checkbox"/>	Skulder	<input type="checkbox"/>
40	Hofte	<input type="checkbox"/>	Hofte	<input type="checkbox"/>
41	Kne	<input type="checkbox"/>	Kne	<input type="checkbox"/>
42	Ankel	<input type="checkbox"/>	Ankel	<input type="checkbox"/>
43	Tær	<input type="checkbox"/>	Tær	<input type="checkbox"/>
44		Nakke	<input type="checkbox"/>	
45		Korsrygg	<input type="checkbox"/>	
46	Mitt barn har ingen smertefulle eller hovne ledd <input type="checkbox"/>			

47 **4. Har ditt barn vært stiv i leddene om morgenen den siste uken?** Ja Nei



48 Hvis "ja", hvor lenge varer det?

49	15 minutter eller mindre <input type="checkbox"/>	15 til 30 minutter <input type="checkbox"/>	30 minutter til 1 time <input type="checkbox"/>	1 til 2 timer <input type="checkbox"/>	Mer enn 2 timer <input type="checkbox"/>
----	--	--	--	---	---

50 **5. Kryss av om ditt barn har hatt et eller begge av følgende symptomer den siste uken**

51	Feber over 38 °C (p.g.a. barneleddgikt)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
52	Utslett (p.g.a. barneleddgikt)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

53 **6. Tatt i betraktning alle symptomene, som smerter, leddhevelse, morgenstivhet, feber og utslett (p.g.a. barneleddgikt), vurder grad av sykdomsaktivitet hos ditt barn for øyeblikket**
54 **(velg det tallet som er mest korrekt).**

55	INGEN AKTIVITET	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	SVÆRT HØY AKTIVITET
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

56 **7. Hvordan vil du vurdere at ditt barns sykdom er for øyeblikket?**

57	Overhodet ingen symptomer (remisjon) <input type="checkbox"/>	Vedvarende symptomer (kontinuerlig sykdomsaktivitet) <input type="checkbox"/>	Oppbluss av symptomer etter en periode uten plager (tilbakefall) <input type="checkbox"/>
----	--	--	--

58 **8. Sammenlignet med forrige kontroll, hvordan vil du vurdere utviklingen av sykdommen?**

59	Betydelig forbedret <input type="checkbox"/>	Noe forbedret <input type="checkbox"/>	Stabilt/uendret <input type="checkbox"/>	Noe forverret <input type="checkbox"/>	Betydelig forverret <input type="checkbox"/>
----	---	---	---	---	---

PATIENT ID _____

DATE OF VISIT (D/M/Y) _____

Country code, Centre ID, Incremental number (1-100) e.g. IT 01 0001

JUVENILE ARTHRITIS MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT REPORT (JAMAR)

60 9. Tar ditt barn medisiner for barneleddgikt? Ja Nei

61 Hvis "nei", gå direkte til spørsmål 13.

62 Hvis "ja", vennligst svar også på spørsmål 10, 11 og 12.

63 10. Hvilke medisiner tar ditt barn nå?

64	NSAIDs (f.eks. Ibux, Ibumetin, Naproxen, Voltaren)	<input type="checkbox"/>	Spesifiser _____
65	Steroider (f.eks. Prednisolon)	<input type="checkbox"/>	Spesifiser _____
66	Metotreksat (f.eks. Methotrexate, Metex, Ebetrex)	<input type="checkbox"/>	Tablett <input type="checkbox"/> Sprøyte i hud <input type="checkbox"/> Sprøyte i muskel <input type="checkbox"/>
67	Salazopyrin <input type="checkbox"/>	Cyclosporin (f.eks. Sandimun)	<input type="checkbox"/>
68	Etanercept (Enbrel) <input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade) <input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira) <input type="checkbox"/>
69	Golimumab (Simponi) <input type="checkbox"/>	Certolizumab (Cimzia) <input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia) <input type="checkbox"/>
70	Anakinra (Kineret) <input type="checkbox"/>	Canakinumab (Ilaris) <input type="checkbox"/>	Rinolacept <input type="checkbox"/>
71	Tocilizumab (RoActemra) <input type="checkbox"/>	Andre (spesifiser) _____	<input type="checkbox"/>
72	Andre (spesifiser) _____	<input type="checkbox"/>	Andre (spesifiser) _____ <input type="checkbox"/>

73 11. Siden forrige kontroll, har ditt barn hatt noen plager som kan skyldes medisinene det tar? Ja Nei

74 Hvis "ja", vennligst spesifiser i tabellen under:

75	Feber <input type="checkbox"/>	Magesmerter <input type="checkbox"/>
76	Hodepine <input type="checkbox"/>	Kvalme <input type="checkbox"/>
77	Utslett <input type="checkbox"/>	Oppkast <input type="checkbox"/>
78	Munnsår <input type="checkbox"/>	Forstoppelse <input type="checkbox"/>
79	Hovent eller blødende tannkjøtt <input type="checkbox"/>	Diaré <input type="checkbox"/>
80	Økt hårvekst på kroppen <input type="checkbox"/>	Blod i eller sort avføring <input type="checkbox"/>
81	Vektøkning <input type="checkbox"/>	Blod i urinen <input type="checkbox"/>
82	Vekttap <input type="checkbox"/>	Hevelse, blåmerker, smerte, rødhet el. l. på injeksjonsstedet <input type="checkbox"/>
83	Humørsvingninger (oppspilthet, nedstemthet, engstelse) <input type="checkbox"/>	Andre (beskriv) _____ <input type="checkbox"/>
84	Søvnproblemer <input type="checkbox"/>	Andre (beskriv) _____ <input type="checkbox"/>

85 12. Tar ditt barn medisinene sine regelmessig hjemme (slik legen har foreskrevet)? Ja Nei

86 Hvis "nei", hvorfor ikke?

87	Barnet nekter <input type="checkbox"/>	For mange doser i løpet av en dag <input type="checkbox"/>
88	Praktiske problemer (f.eks. vanskelig å ta medisinene på skolen) <input type="checkbox"/>	Frykt for bivirkninger <input type="checkbox"/>
89	Barnet får for mye medisiner <input type="checkbox"/>	Annet (spesifiser) _____ <input type="checkbox"/>

90 Hvilken medisin er evt. vanskeligst å gi regelmessig? _____91 13. Går ditt barn på skolen? Ja Nei 92 Hvis "ja", hvilke problemer skaper sykdommen i forhold til skolegangen?

93	Ingen <input type="checkbox"/>	Vanskeligheter i forhold til lærere <input type="checkbox"/>
94	Mye fravær <input type="checkbox"/>	Reduserte prestasjoner <input type="checkbox"/>
95	Vanskeligheter med å sitte lenge av gangen <input type="checkbox"/>	Andre (spesifiser) _____ <input type="checkbox"/>

