

Vilka av alternativen nedan passar in på Dina besvär?

[1]

A: Ange med tydligt kryss om Du **HAR BESVÄR** numera av resp. symtom (**NEJ** eller **JA**), t. ex.

B: Ange med tydligt kryss **HUR ALLVARLIGT** (skala 1-5) symtomet varit under olika perioder:

FÖRE: Före saneringen (alt. om Du inte har sanerat: före första utredningen)

UNDER: Under saneringen (alt. om Du inte har sanerat: åren efter första utredningen)

EFTER: Efter saneringen (alt. om Du inte har sanerat: numera)

C: Om Du haft/har symtomet: Ange **HUR SYMTOMET ÄNDRATS** från tiden före saneringen (alt. från tiden före första utredningen) till nutid.

A: HAR DU BESVÄR MED FÖLJANDE SYMTOM?		B: HUR ALLVARLIGT?					C: HAR SYMTOMET ÄNDRATS?								
		NEJ JA		Inga besvär		Svåra besvär			Mycket bättre		Oförändrat			Mycket värre	
		1	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7
1.	Kronisk eller periodisk trötthet som varat minst 6 mån och som inte går över med sängvila och som medfört minskning av de dagliga aktiviteterna med minst 50%?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Frysningar, frossa eller feber?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Halsont, svalgbesvär?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Ömmande lymfkörtlar på halsen eller under armarna?...	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Muskelsvaghet i hela kroppen?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vilka av alternativen nedan passar in på Dina besvär?

[2]

A: Ange med tydligt kryss om Du **HAR BESVÄR** numera av resp. symtom (**NEJ** eller **JA**), t. ex.

B: Ange med tydligt kryss **HUR ALLVARLIGT** (skala 1-5) symtomet varit under olika perioder:

FÖRE: Före saneringen (alt. om Du inte har sanerat: före första utredningen)

UNDER: Under saneringen (alt. om Du inte har sanerat: åren efter första utredningen)

EFTER: Efter saneringen (alt. om Du inte har sanerat: numera)

C: Om Du haft/har symtomet: Ange **HUR SYMTOMET ÄNDRATS** från tiden före saneringen (alt. från tiden före första utredningen) till nutid.

A: HAR DU BESVÄR MED FÖLJANDE SYMTOM?		B: HUR ALLVARLIGT?					C: HAR SYMTOMET ÄNDRATS?								
		Inga besvär		Svåra besvär			Mycket bättre		Oförändrat			Mycket värre			
		NEJ	JA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7
		1	2												
6.	Värk eller obehagskänsla i musklerna?	<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"/>
				FÖRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				UNDER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				EFTER	<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"/>
7.	Onormal trötthet efter kroppsansträngning?	<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"/>
				FÖRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				UNDER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				EFTER	<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"/>
8.	Huvudvärk?	<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"/>
				FÖRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				UNDER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				EFTER	<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"/>
9.	Ledbesvär utan svullnad eller rodnad?	<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"/>
				FÖRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				UNDER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				EFTER	<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"/>
10.	Ljuskänslighet?	<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"/>
				FÖRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				UNDER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				EFTER	<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"/>

Vilka av alternativen nedan passar in på Dina besvär?

[3]

A: Ange med tydligt kryss om Du **HAR BESVÄR** numera av resp. symtom (**NEJ** eller **JA**), t. ex.

B: Ange med tydligt kryss **HUR ALLVARLIGT** (skala 1-5) symtomet varit under olika perioder:

FÖRE: Före saneringen (alt. om Du inte har sanerat: före första utredningen)

UNDER: Under saneringen (alt. om Du inte har sanerat: åren efter första utredningen)

EFTER: Efter saneringen (alt. om Du inte har sanerat: numera)

C: Om Du haft/har symtomet: Ange **HUR SYMTOMET ÄNDRATS** från tiden före saneringen (alt. från tiden före första utredningen) till nutid.

A: HAR DU BESVÄR MED FÖLJANDE SYMTOM?		B: HUR ALLVARLIGT?					C: HAR SYMTOMET ÄNDRATS?								
		Inga besvär		Svåra besvär			Mycket bättre		Oförändrat			Mycket värre			
		NEJ	JA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7
		1	2												
11.	Har Du upplevt någon övergående synnedsättning?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Har Du minnesstörning (glömska)?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Är Du överdrivet irriterad?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Upplever Du förvirringskänsla?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Har Du svårighet att tänka?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vilka av alternativen nedan passar in på Dina besvär?

[4]

A: Ange med tydligt kryss om Du **HAR BESVÄR** numera av resp. symtom (**NEJ** eller **JA**), t. ex.

B: Ange med tydligt kryss **HUR ALLVARLIGT** (skala 1-5) symtomet varit under olika perioder:

FÖRE: Före saneringen (alt. om Du inte har sanerat: före första utredningen)

UNDER: Under saneringen (alt. om Du inte har sanerat: åren efter första utredningen)

EFTER: Efter saneringen (alt. om Du inte har sanerat: numera)

C: Om Du haft/har symtomet: Ange **HUR SYMTOMET ÄNDRATS** från tiden före saneringen (alt. från tiden före första utredningen) till nutid.

A: HAR DU BESVÄR MED FÖLJANDE SYMTOM?		B: HUR ALLVARLIGT?					C: HAR SYMTOMET ÄNDRATS?								
		Inga besvär		Svåra besvär			Mycket bättre		Oförändrat			Mycket värre			
		NEJ	JA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7
		1	2												
16.	Koncentrationssvårigheter?	<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"/>
				FÖRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				UNDER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				EFTER	<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"/>
17.	Känsla av att vara nedstämd eller deprimerad ibland?	<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"/>
				FÖRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				UNDER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				EFTER	<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"/>
18.	Sömnstörningar?	<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"/>
				FÖRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				UNDER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				EFTER	<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"/>
19.	Yrsel eller ostadighetskänsla?	<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"/>
				FÖRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				UNDER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				EFTER	<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"/>
20.	Öronsus? [en el. två sidor; dagtid el. kvällstid; attackvis]	<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"/>
				FÖRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				UNDER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
				EFTER	<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"/>

Vilka av alternativen nedan passar in på Dina besvär?

[5]

A: Ange med tydligt kryss om Du **HAR BESVÄR** numera av resp. symtom (**NEJ** eller **JA**), t. ex.

B: Ange med tydligt kryss **HUR ALLVARLIGT** (skala 1-5) symtomet varit under olika perioder:

FÖRE: Före saneringen (alt. om Du inte har sanerat: före första utredningen)

UNDER: Under saneringen (alt. om Du inte har sanerat: åren efter första utredningen)

EFTER: Efter saneringen (alt. om Du inte har sanerat: numera)

C: Om Du haft/har symtomet: Ange **HUR SYMTOMET ÄNDRATS** från tiden före saneringen (alt. från tiden före första utredningen) till nutid.

A: HAR DU BESVÄR MED FÖLJANDE SYMTOM?			B: HUR ALLVARLIGT?					C: HAR SYMTOMET ÄNDRATS?								
[stryk gärna under de mest rätta alternativen i resp. fråga]			NEJ	JA	Inga besvär		Svåra besvär			Mycket bättre		Oförändrat			Mycket värre	
			1	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7
21.	Obehag i händer/fötter? stickningar, kyla, annat]	[fumlighet,	<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"/>
22.	Darrningar eller ryckningar i muskel/muskler?		<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"/>
23.	Värk i axel/axlar? vila eller vid belastning]	[i	<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"/>
24.	Hjärtbesvär? [Hjärtklappning, ojämn hjärtrytm, hjärtsmärtor, annat]		<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"/>
25.	Problem med mage/tarm? [diarré, trög mage, värk, gaser, annat]		<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"/>

Vilka av alternativen nedan passar in på Dina besvär?

[6]

A: Ange med tydligt kryss om Du **HAR BESVÄR** numera av resp. symtom (**NEJ** eller **JA**), t. ex.

B: Ange med tydligt kryss **HUR ALLVARLIGT** (skala 1-5) symtomet varit under olika perioder:

FÖRE: Före saneringen (alt. om Du inte har sanerat: före första utredningen)

UNDER: Under saneringen (alt. om Du inte har sanerat: åren efter första utredningen)

EFTER: Efter saneringen (alt. om Du inte har sanerat: numera)

C: Om Du haft/har symtomet: Ange **HUR SYMTOMET ÄNDRATS** från tiden före saneringen (alt. från tiden före första utredningen) till nutid.

A: HAR DU BESVÄR MED FÖLJANDE SYMTOM?		B: HUR ALLVARLIGT?					C: HAR SYMTOMET ÄNDRATS?								
[stryk gärna under de mest rätta alternativen i resp. fråga]		NEJ	JA	Inga besvär		Svåra besvär			Mycket bättre		Oförändrat			Mycket värre	
		1	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7
26.	Problem med urinblåsa/urinproduktion? [ofta trängningar, stor urinproduktion, annat]	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	Eksem, blåsor eller andra hudproblem? [lokalt eller spritt, ytligt eller djupt dvs bölder, annat]	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	Ofta infektioner? [svalg, bihålor, öron, hud, urinvägar, annat]	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.	Blåsor, sår eller annat obehag i munnen? [metallsmak, batterikänsla, sveda, muntorrhet, lichen, svullet, ömmande el. lättblödande tandkött, annat]	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	Värk i tänder, käkar eller ansikte? [ständig el. periodvis, samma ställe el. växlande, annat]	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Är Du allergisk eller överkänslig mot något?

[7]

- A:** Ange om Du **REAGERAT ENLIGT NEDAN** vid exponering, eller om Du t. ex. inte varit exponerad och därför **inte kan besvara** frågan.
- B:** *Om Du reagerat:* Ange med tydligt kryss **HUR ALLVARLIGT** (skala 1-5) Du reagerat under olika perioder:
FÖRE: Före saneringen (alt. om Du inte har sanerat: före första utredningen)
UNDER: Under saneringen (alt. om Du inte har sanerat: åren efter första utredningen)
EFTER: Efter saneringen (alt. om Du inte har sanerat: numera)
- C:** *Om Du reagerat:* Ange ev. **HUR REAKTIONEN ÄNDRATS** från tiden före saneringen (alt. från tiden före första utredningen) till nutid.

	A: HAR DU REAGERAT ENLIGT NEDAN VID EXPONERING?			B: HUR ALLVARLIGT?					C: HAR REAKTIONEN ÄNDRATS?						
	NEJ	Kan ej besvaras		Inga besvär			Svåra besvär		Mycket lindrigare		Oförändrat			Mycket värre	
		1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
31. Allergi/intolerans mot vissa födoämnen el. tillsatser? [laktos, gluten, soja, mjölkprotein, fisk, färgämnen, annat]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FÖRE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Hudbesvär av kosmetiska preparat? [läppstift, mascara, hudkräm, solkräm, tvål, annat]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FÖRE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Obehag eller andra besvär av dofter? [parfym, lösningsmedel, tobaksrök, avgaser, annat]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FÖRE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Hudbesvär av metaller, plast el. gummi? [örhängen, halsband, armband, ringar, spännen, jeansknappar, mynt, gummihandskar, annat]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FÖRE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Biverkan av läkemedel eller kosttillskott? [penicillin, sulfa, bedövningsmedel, färgämnen, konserveringsmedel, annat]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FÖRE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Är Du allergisk eller överkänslig mot något?

[8]

- A:** Ange om Du **REAGERAT ENLIGT NEDAN** vid exponering, eller om Du t. ex. inte varit exponerad och därför **inte kan besvara** frågan.
- B:** *Om Du reagerat:* Ange med tydligt kryss **HUR ALLVARLIGT** (skala 1-5) Du reagerat under olika perioder:
FÖRE: Före saneringen (alt. om Du inte har sanerat: före första utredningen)
UNDER: Under saneringen (alt. om Du inte har sanerat: åren efter första utredningen)
EFTER: Efter saneringen (alt. om Du inte har sanerat: numera)
- C:** *Om Du reagerat:* Ange ev. **HUR REAKTIONEN ÄNDRATS** från tiden före saneringen (alt. från tiden före första utredningen) till nutid.

[stryk gärna under de mest rätta alternativen i resp. fråga]	A: HAR DU REAGERAT ENLIGT NEDAN VID EXPONERING?			B: HUR ALLVARLIGT?					C: HAR REAKTIONEN ÄNDRATS?							
	NEJ	Kan ej besvaras		Inga besvär			Svåra besvär		Mycket lindrigare		Oförändrat			Mycket värre		
		1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7
36. Biverkan av vacciner eller gammaglobulin? [konserveringsmedel, annat]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	FÖRE UNDER EFTER	<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"/>
37. Biverkan av tandfyllningsmaterial? [amalgam, guld, titan, plast, glasjonomer, keramik, isoleringsmaterial, rotfyllningsmaterial, annat]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	FÖRE UNDER EFTER	<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"/>
38. Biverkan i form av feber, smärta, värk, rodnad eller annat obehag av metallimplantat? [ledprotes, mörghspik, titanimplantat i käke, annat metallimplantat, /om kvinna/ kopparspiral]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	FÖRE UNDER EFTER	<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"/>
39. Elöverkänslighet? [datorer, mobiltelefoner, TV, lysrör, annat]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	FÖRE UNDER EFTER	<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"/>
40. Obehag eller andra besvär av ämnen från byggnadsmaterial - "sjuka hus"-sjuka? [spånplattor, plastmattor, lim, flytspackel, mögel, annat]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	FÖRE UNDER EFTER	<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"/>

Hur har Du upplevt Din livskvalitet och hälsa?

[9]

Föregående frågor gällde enstaka symtom.

Följande frågor gäller Din övergripande hälsa - fysiskt och psykiskt - liksom Din livskvalitet under olika perioder.

Markera med ett kryss på en skala från 1-7 ("mycket dåligt" till "mycket bra") hur Du mått i genomsnitt:

- före aktuell sanering (*om Du inte har sanerat*: tiden före första utredningen vid Amalgamenheten)
- under saneringen (*om Du inte har sanerat*: året/åren efter första utredningen vid Amalgamenheten)
- under det senaste året
- under den senaste veckan.

	Mycket dåligt	1	2	3	4	5	6	7	Mycket bra
FYSISKT 41. Hur mådde Du fysiskt <u>före aktuell sanering</u> ? (<i>alt.</i> före första utredningen?)	<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"/>
42. Hur mådde Du fysiskt <u>under saneringen</u> ? (<i>alt.</i> under året/åren efter utredningen?)	<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"/>
43. Hur har Du mått fysiskt <u>under det senaste året</u> ?	<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"/>
44. Hur har Du mått fysiskt <u>under den senaste veckan</u> ?	<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"/>
PSYKISKT 45. Hur mådde Du psykiskt <u>före aktuell sanering</u> ? (<i>alt.</i> före första utredningen?)	<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"/>
46. Hur mådde Du psykiskt <u>under saneringen</u> ? (<i>alt.</i> under året/åren efter utredningen?)	<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"/>
47. Hur har Du mått psykiskt <u>under det senaste året</u> ?	<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"/>
48. Hur har Du mått psykiskt <u>under den senaste veckan</u> ?	<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"/>
LIVS- KVALITET 49. Hur skulle Du vilja beskriva Din totala livskvalitet <u>före aktuell sanering</u> ? (<i>alt.</i> före första utredningen?)	<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"/>
50. Hur skulle Du vilja beskriva Din totala livskvalitet <u>under aktuell sanering</u> ? (<i>alt.</i> under året/åren efter utredningen?)	<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"/>
51. Hur skulle Du vilja beskriva Din totala livskvalitet <u>under det senaste året</u> ?	<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"/>
52. Hur skulle Du vilja beskriva Din totala livskvalitet <u>under den senaste veckan</u> ?	<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"/>

Allmänna frågor

[10]

Markera med tydligt kryss det svarsalternativ som Du tycker är riktigt. Alternativet "Vet inte" markeras om Du av vissa skäl saknar möjlighet att besvara frågan med "Nej" eller "Ja".

Exempel:

Nej Ja Vet inte

Kommentar

53. Finns bland Dina föräldrar, syskon eller barn någon som har haft eller har liknande besvär som Du?

.....

54. Har Du numera något / några påtagliga symtom?

Värst är:

Därefter kommer:

Därnäst kommer:

55. Har Du eller misstänker Du allergi mot någon typ av plast (komposit), keramik, isoleringsmaterial eller cement, som Du haft tidigare?

.....

56. Har Du eller misstänker Du allergi mot någon typ av plast (komposit), keramik, isoleringsmaterial eller cement, som Du fortfarande har kvar?

.....

57. Har Du fått göra om saneringen en eller flera gånger för att få bort material som ger eller misstänkts ge biverkningar?

.....

58. Har Du eller har Du haft annan känd kronisk sjukdom eller åkomma? [störd sköldkörtelfunktion, reumatisk- eller neurologisk sjukdom, annat]

.....

59. Har Du fått någon ny diagnos vid annan vårdinrättning sedan första utredningen vid Amalgamenheten?

.....

60. Har Du fått någon behandling av annan vårdgivare under denna tid (utöver eventuella tandbehandlingar)?

.....

61. Om Du fått annan behandling enligt ovan: Har denna behandling hjälpt för Dina besvär?

.....

62. Har Du haft något återbesök på Amalgamenheten sedan första utredningen?

Hur många?

63. Har Du haft annan kontakt med Amalgamenheten sedan första utredningen?

Hur många gånger?

