

Spørgeskema

Navn:

Cpr.nr

Dato:

Vejledning:

Sådan udfylder du spørgeskemaet:

- 1) Brug kuglepen
- 2) Læs hvert spørgsmål og alle svarkategorierne til det enkelte spørgsmål igennem før du svarer. Vær opmærksom på om du må sætte mere end et kryds. Hvis du må sætte mere end et kryds vil det være angivet således: "(sæt gerne flere krydser)". Markér det udsagn, der passer bedst på din mening. Hvis du laver en fejl eller skifter mening, fylder du bare den forkerte kasse helt ud og markerer den nye kasse.
- 3) Nogle spørgsmål er lettere at besvare end andre. Hvis du er i tvivl, sætter du kryds i den kasse, der passer bedst på dig. Er der spørgsmål, du ikke kan eller ønsker at besvare går du videre til næste spørgsmål
- 4) Svar venligst spørgsmålene ud fra, hvordan **du har haft det den sidste uge**.

I dette spørgeskema forstår vi ved smerter blot at noget gør ondt, vi skelner således ikke mellem smerter eller at have ondt.

Spørgeskemaet er delt op i følgende spørgsmålsgrupper:

- Generelt
- Spørgsmål vedrørende smerter
- Spørgsmål vedrørende føleforstyrrelser eller ubehag
- Spørgsmål vedrørende andre smerter, føleforstyrrelser eller ubehag
- Spørgsmål vedrørende hævelser (lymfødem)
- Spørgsmål vedrørende funktionsindskrænkning

Navn – CPR. nr. - - - Day Month Year No.	Sygehus, afdeling
År efter RT 0 1 2 3 4 5 10	Dato dmmmy

Patient reported morbidity

	Ingen	Af og til	Hyppigt	Konstant
Smerter, bryst (-region)				

	Ingen	Af og til milde	Hyppigt milde	Morfin-krævende
Smertestillende pga smerter i brystregionen				

	Ingen	Let	Moderat	Svær
Ændret følesans, bryst (-region)				

	Føler stor selvtilid	Føler mindre selvtilid, mindre feminin,	Mangler selvtilid, undgår at spejle sig	Skammer sig over sin krop
Kropsbevidsthed				

	Nej	Ja
Klæder sig anderledes, f.eks. bruger mere løstsiddende tøj		

Body Image Scale

	Slet ikke	Lidt	Meget	Rigtig meget
Har du følt dig selvsikker omkring dit ydre?				
Har du følt dig <u>mindre</u> fysisk tiltrækkende som en følge af din sygdom og behandling?				
Har du været <u>utilfreds</u> med dit udseende, når du har været påklædt?				
Har du følt dig <u>mindre</u> feminin/maskulin som følge af din sygdom eller behandling?				
Har du svært ved at se på dig selv nøgen?				
Har du følt dig mindre seksuelt attraktiv som en følge af din sygdom eller behandling?				
Har du undgået folk pga. den måde du oplever dit udseende?				
Føler du, at behandlingen har efterladt din krop mindre hel?				
Er du utilfreds med din krop?				
Er du utilfreds med udseendet af dit ar?				

	Dårligt	Rimeligt	Godt	Fremragende
Hvor tilfreds er du med det overordnede resultat af det opererede bryst eller brystområde?				
Hvor tilfreds er du med det overordnede resultat af det opererede bryst sammenlignet med det ikke-opererede bryst? (Besvares kun hvis der er foretaget brystbevarende operation)				

	Nej	ja
Er der sprøjtet fedt/fedtceller i det strålebehandlede brystområde siden sidst? Dette besvares ikke ved baseline		
Er der sprøjtet fedt/fedtceller i modsidige brystområde siden sidst? Dette besvares ikke ved baseline		

Navn – CPR. nr. _____ - _____ - _____ - _____ Day Month Year No.	Sygehus, afdeling
År efter RT 0 1 2 3 4 5 10	Dato _____ ddmmy

	Højrehåndet	Venstrehåndet
1. Er du højrehåndet eller venstrehåndet?		

Spørgsmål vedrørende smerter

I dette spørgeskema forstår vi med ordet "brystområde" enten det opererede bryst eller det område, hvorfra brystet er fjernet.

	Nej					Ja					
2. Har du ondt i brystområdet, armhulen, på siden af brystkassen eller armen på den side, hvor du er blevet opereret? Hvis "Nej", fortsæt da til spørgsmål 12.											
3. Hvis "Ja", hvor har du da ondt? (kryds "ja" eller "nej" for hvert område)											
Brystområdet											
På siden af brystkassen											
Armhulen											
Armen											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Hvis du har ondt i brystområdet , hvor stærke er smerterne så i gennemsnit (0 er ingen smerter og 10 er værst tænkelige smerter)											
	Hver dag eller næsten hver dag				1-3 dage om ugen			Sjældnere			
5. Hvis du har ondt i brystområdet, hvor ofte har du så ondt?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Hvis du har ondt på siden af brystkassen , hvor stærke er smerterne så i gennemsnit?											
	Hver dag eller næsten hver dag				1-3 dage om ugen			Sjældnere			
7. Hvis du har ondt på siden af brystkassen, hvor ofte har du så ondt?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Hvis du har ondt i armhulen , hvor stærke er smerterne så i gennemsnit?											
	Hver dag eller næsten hver dag				1-3 dage om ugen			Sjældnere			
9. Hvis du har ondt i armhulen, hvor ofte har du så ondt?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Hvis du har ondt i armen , hvor stærke er smerterne så i gennemsnit?											
	Hver dag eller næsten hver dag				1-3 dage om ugen			Sjældnere			
11. Hvis du har ondt i armen, hvor ofte har du så ondt?											

Patient CPR. nr.

Day		Month		Year		No.					

Spørgsmål vedrørende føleforstyrrelser eller ubehag

	Nej	Ja
12. Har du føleforstyrrelser eller ubehag i brystområdet, armhulen, på siden af brystkassen eller armen på den side, hvor du er blevet opereret? Hvis "Nej", fortsæt da til spørgsmål 14.		
13. Hvis "Ja", hvor har du da føleforstyrrelser eller ubehag? (kryds "ja" eller "nej" for hvert område)		
Brystområdet		
Siden af brystkassen		
Armhulen		
Armen		

Spørgsmål vedrørende hævelse eller tyngdefornemmelse (lymfødem)

	Nej										Ja											
14. Føles armhulen, armen eller håndryggen på den side, hvor du er blevet opereret, nogle gange eller altid hævet eller tung? Hvis "Nej", fortsæt da til spørgsmål 19.																						
15. Hvis "Ja", hvor føles armhulen, armen eller håndryggen da hævet eller tung? (kryds "ja" eller "nej" for hvert område)																						
Håndryg																						
Underarm																						
Overarm																						
Armhole																						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Hvor udtalte er hævelserne/tyngdefølelsen af armhole og/eller overarm? (0 er ingen hævelser/tyngdefølelse og 10 er værst tænkelige hævelser/tyngdefølelse)																						
17. Hvor udtalte er hævelserne/tyngdefølelsen af underarm og/eller håndryg? (0 er ingen hævelser/tyngdefølelse og 10 er værst tænkelige hævelser/tyngdefølelse)																						
	Hver dag eller næsten hver dag					1-3 dage om ugen					Sjældnere											
18. Hvor ofte forekommer hævelserne/tyngdefølelsen?																						

Spørgsmål vedrørende funktionsindskrænkninger

Hvordan udfører du nu følgende aktiviteter i forhold til før din behandling for brystkræft? Vælg det eller de udsagn, der passer bedst på dig.
(Kryds af i feltet "Ikke relevant" ved aktiviteter du ikke udfører)

	På samme måde som før	På samme måde som før, men med besvær/langsommere og/eller er mere træt bagefter	På samme måde som før, men har ondt bagefter	På en anden måde end før, f.eks. bruger den anden arm/begge hænder	Ikke relevant
19. Vasker hår					
20. Børster tænder					
21. Tager BH af/på					
22. Bærer indkøbsposer					
23. Løfter over skulderhøjde					
24. Vasker gulv/støvsuger					