

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 _____ ddmmyy		

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 selvtillid	Føler mindre selvtillid, mindre feminin,	Mangler selvtillid, 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 _____ ddmmyy

	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.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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> </tr> </table>											-	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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> </tr> </table>					-	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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> </tr> </table>									-	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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> </tr> </table>										
	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													
Armhule													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
16. Hvor udtalte er hævelserne/tyngdefølelsen af armhule 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					

Her følger spørgsmål vedrørende hjertesygdom og risiko for hjertesygdom

I det nedenstående er en oversigt over aktiviteter, som man ofte gør i løbet af en uge. Nogle mennesker kan have forskellige sygdomme, som gør det svært at sige, hvad der begrænser ens aktiviteter. Venligst læs de nedenstående aktiviteter og besvar, hvor meget du oplever dig begrænset, fordi du har haft **brystsmerter, knugen i brystet eller angina** i løbet af de sidste 4 uger.

Venligst sæt kryds ved den svarmulighed, som passer bedst til dig. Undgå kryds mellem 2 svarmuligheder.

	Har du tidligere haft en hjertesygdom?						
	Nej	Ja	Intet svar				
25							
	->Ryk til 26						
Hvis ja til 25	Aktivitet	Ekstremt begrænset	Meget begrænset	Moderat begrænset	Let begrænset	Slet ikke begrænset	Begrænset pga andre årsager, eller har ikke udført aktiviteten
25a	Gået rundt indendørs på fladt gulv						
25b	Lavet havearbejde, støvsuget eller båret købmandsvarer						
25c	Løftet eller flyttet tunge ting (møbler, børn)						
	Hvor mange gange har du i gennemsnit i løbet af de sidste 4 uger oplevet brystsmerter, knugen i brystet eller angina						
	Jeg havde brystsmerter, knugen i brystet eller angina						
		4 eller flere gange dagligt	1-3 gange dagligt	3 eller flere gange ugentligt men ikke dagligt	1-2 gange ugentligt	Mindre end 1 gang ugentligt	Ikke inden for de seneste 4 uger
25d							
	Hvor mange gange har du i gennemsnit i løbet af de sidste 4 uger taget nitroglycerin (tablet eller spray) pga brystsmerter, knugen i brystet eller angina ?						
		4 eller flere gange dagligt	1-3 gange dagligt	3 eller flere gange ugentligt men ikke dagligt	1-2 gange ugentligt	Mindre end 1 gang ugentligt	Ikke inden for de seneste 4 uger
25e							
	Hvor meget har brystsmerter, knugen i brystet eller angina begrænset din livsglæde i løbet af de sidste 4 uger ?						
		Det har begrænset min livsglæde i ekstrem grad	Det har begrænset min livsglæde i betydelig grad	Det har begrænset min livsglæde i moderat grad	Det har begrænset min livsglæde i let grad	Det har slet ikke begrænset min livsglæde	
25f							

25g	Hvordan ville du have det, hvis du skulle tilbringe resten af livet med samme grad brystsmerter, knugen i brystet eller angina som du har nu?						
		Slet ikke tilfreds	Overvejende utilfreds	Nogenlunde tilfreds	Overvejende tilfreds	Komplet tilfreds	
	Oplever du trykkende, knugende fornemmelse i brystet/ved hjertet ved stress, aktivitet og/eller kulde?						
	Nej	Ja	Intet svar				
26	->Ryk til 30						
Hvis ja til 26	Hvor ofte?						
	Få gange om året	Få gange hver måned	Få gange om ugen				
27							
Hvis ja til 26	Svinder symptomerne ved hvile?						
	Nej	Ja	Intet svar				
28							
Hvis ja til 26	Varer symptomerne under 15 minutter?						
	Nej	Ja	Intet svar				
29							
	Har din mor eller søstre i en alder under 65 år, eller din far eller brødre i en alder under 55 år haft en blodprop i hjertet eller fået en bypass operation i hjertet?						
30	Nej	Ja	Intet svar				
	Er du i behandling for sukkersyge?						
31	Nej	Ja	Intet svar				
	Er du i behandling for forhøjet kolesterol?						
32	Nej	Ja	Intet svar				
	Er du i behandling for forhøjet blodtryk?						
33	Nej	Ja	Intet svar				