

FRÅGEFORMULÄR

Pre-operativt

FOTLEDSARTRODES - PRIMÄROP

Förnamn:	<input type="text"/>	Ange Sida: (Vä alt. Hö)	<input type="text"/>
Efternamn:	<input type="text"/>	<i>Rapportbladets sidhuvud är skrivbart på datorn och använd helst denna funktion. Som komplement eller i nödfall kan klisteretikett placeras här</i>	
Personnummer: (ååmmdd-xxxx)	<input type="text"/>		
Sjukhus:	<input type="text"/>		

Med anledning av att Du skall opereras i fotleden är det angeläget att Du fyller i bifogade frågeformulär. Anledningen är att vi önskar utvärdera resultatet och kunna erbjuda patienterna bästa möjliga behandling. Formulären mäter olika aspekter på Ditt hälsotillstånd och fotledens funktion.

Som ett led i uppföljningen kommer enkätformulären att skickas hem till Dig 1 år och 2 år efter operationen.

Vi är tacksamma om Du fyller i enkätformulären och lämnar dem till den medicinska sekreteraren alt. sjuksköterskan på din klinik eller själv skickar in formulären till **FOTLEDSREGISTRET, VO Ortopedi, plan 11, Inga Marie Nilsson gata 47, 214 28 Malmö.**

Vi önskar också att Du anger nedan när det bestämdes att fotleden skulle opereras (dvs Du uppsattes på väntelistan):

År: _____ Månad: _____ ev. Dag: _____

Skulle något vara oklart går det bra att kontakta registret:

Fotledsregistret

VO Ortopedi, plan 11

Inga Marie Nilssons gata 47

214 28 Malmö

E-post: fotledsregistret.ortopedi.sus@skane.se

Telefon: 040-33 60 05

Hemsida: www.swedankle.se

Tack för Din medverkan!

FOTLEDSARTRODES - PRIMÄROP

Förnamn:	<input type="text"/>	Ange Sida:	<input type="text"/>
		(Vä alt. Hö)	
Efternamn:	<input type="text"/>	<i>Rapportbladets sidhuvud är skrivbart på datorn och använd helst denna funktion. Som komplement eller i nödfall kan klisteretikett placeras här</i>	
Personnummer: (ååmmdd-xxxx)	<input type="text"/>		
Sjukhus:	<input type="text"/>		
Datum för ifyllande av enkäterna: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			
Å Å Å Å M M D D			

Hälsoenkät EQ-5D

Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd idag.

Rörlighet

- Jag går utan svårigheter
- Jag kan gå men med viss svårighet
- Jag är sängliggande

Hygien

- Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
- Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv
- Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

Huvudsakliga aktiviteter (till exempel arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)

- Jag klarar av min huvudsakliga sysselsättning
- Jag har vissa problem med att klara av min huvudsakliga sysselsättning
- Jag klarar inte av min huvudsakliga sysselsättning

Smärtor/besvär

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär

Rädsla/nedstämdhet

- Jag är inte orolig eller nedstämd
- Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
- Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

FRÅGEFORMULÄR

Pre-operativt

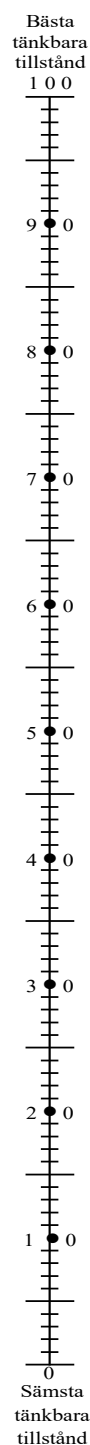
FOTLEDSARTRODES - PRIMÄROP

Förnamn:	<input type="text"/>	Ange Sida:	<input type="text"/>
		(Vä alt. Hö)	
Efternamn:	<input type="text"/>	<i>Rapportbladets sidhuvud är skrivbart på datorn och använd helst denna funktion. Som komplement eller i nödfall kan klisteretikett placeras här</i>	
Personnummer: (ååmmdd-xxxx)	<input type="text"/>		
Sjukhus:	<input type="text"/>		

Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, finns den termometer-liknande skalan till höger. På denna har Ditt bästa tänkbara hälsotillstånd markerats med 100 och Ditt sämsta tänkbara hälsotillstånd med 0.

Vi vill att Du på denna skala markerar hur bra eller dåligt Ditt hälsotillstånd är, som Du bedömer det. Gör detta genom att dra en linje från nedanstående ruta till den punkt på skalan som markerar hur bra eller dåligt Ditt nuvarande hälsotillstånd är.

**Ditt
nuvarande
hälsotillstånd**



FOTLEDSARTRODES - PRIMÄROP

Förnamn:	<input type="text"/>	Ange Sida: (Vä alt. Hö)	<input type="text"/>
Efternamn:	<input type="text"/>	<i>Rapportbladets sidhuvud är skrivbart på datorn och använd helst denna funktion. Som komplement eller i nödfall kan klisteretikett placeras här</i>	
Personnummer: (ååmmdd-xxxx)	<input type="text"/>		
Sjukhus:	<input type="text"/>		

SEFAS¹⁾

Vi önskar att Du besvarar nedanstående 12 frågor.

V.g. kryssa i det som bäst beskriver Ditt tillstånd under de senaste 4 veckorna.

1. Hur skulle Du vilja beskriva den smärta som Du vanligtvis har från den aktuella fotleden?

1. Ingen smärta alls
2. Mycket obetydlig
3. Obetydlig
4. Måttlig
5. Svår

2. Under hur lång tid har Du kunnat promenera innan det uppstår svår smärta från den aktuella fotleden?

1. Mer än 30 min
2. 16-30 min
3. 5-10 min
4. Mindre än 5 min
5. Jag kan inte alls gå pga svår smärta

3. Har Du kunnat gå på ojämn mark?

1. Ja, med lätthet
2. Med obetydlig svårighet
3. Med måttlig svårighet
4. Med mycket stor svårighet
5. Kan inte alls gå på ojämn mark

4. Har Du tvingats använda inlägg i skon, hälhöjning eller specialgjorda skor?

1. Aldrig
2. Bara tillfälligtvis
3. Ofta
4. Större delen av tiden
5. Alltid

5. Hur mycket har smärtan från den aktuella fotleden hindrat Dig i Ditt vanliga arbete inkl hushållsarbete och hobbyverksamhet?

1. Inte alls
2. Lite grand
3. I måttlig grad
4. I betydande utsträckning
5. Helt och hållet

6. Orsakar den aktuella fotleden att Du haltar?

1. Nej
2. Någon enstaka gång under 1-2 dagar
3. Av och till
4. De flesta dagar
5. Varje dag

7. Har Du kunnat gå i trappa?

1. Ja, med lätthet
2. Utan större svårighet
3. Med måttlig svårighet
4. Med mycket stort besvär
5. Inte alls

8. Har Du ont i den aktuella fotleden nattetid?

1. Aldrig
2. Bara någon enstaka natt
3. Av och till
4. De flesta nätter
5. Varje natt

1) Self-reported Foot & Ankle Score

FOTLEDSARTRODES - PRIMÄROP

Förnamn:	<input type="text"/>	Ange Sida: (Vä alt. Hö)	<input type="text"/>
Efternamn:	<input type="text"/>	<i>Rapportbladets sidhuvud är skrivbart på datorn och använd helst denna funktion. Som komplement eller i nödfall kan klisteretikett placeras här</i>	
Personnummer: (ååmmdd-xxxx)	<input type="text"/>		
Sjukhus:	<input type="text"/>		

9. Hur mycket har smärta från den aktuella fotleden inverkat på Dina vanliga fritidsaktiviteter?

1. Inte alls
2. Något lite
3. I måttlig grad
4. I hög utsträckning
5. Hindrat mig helt och hållet

10. Har foten svullnat?

1. Inte alls
2. Tillfälligtvis
3. Ofta
4. Större delen av tiden
5. Alltid

11. Hur smärtande har den aktuella fotleden varit när Du rest Dig efter att ha suttit vid ett bord och ätit?

1. Inte alls smärtande
2. Bara lite smärtande
3. Måttligt smärtande
4. Mycket smärtande
5. Smärtan har varit outhärdlig

12. Har Du upplevt en plötslig knivskarp, huggande smärta eller kramp från den aktuella fotleden?

1. Aldrig
2. Någon enstaka dag
3. Av och till
4. De flesta dagar
5. Varje dag

Tack för att Du tagit Dig tid att besvara samtliga frågor!