

PROMIS–29 Profile v2.1

Kryss av ett svar for hvert spørsmål eller utsagn i boksene.

<u>Fysisk funksjon</u>	Uten vansker	Med få vansker	Med noen vansker	Med store vansker	Klarer ikke å gjøre det
Klarer du å utføre gjøremål som støvsuging eller hagearbeid?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarer du å gå opp og ned trapper i normalt tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarer du å gå en tur på minst 15 minutter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarer du å gjøre ærend og gå i butikker? .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Angst</u> I løpet av de siste 7 dagene:	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid
Jeg følte meg redd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det var vanskelig å fokusere på noe annet enn min angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymringene mine overvældet meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg følte meg urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Depresjon</u> I løpet av de siste 7 dagene:	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid
Jeg følte meg verdiløs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg følte meg hjelpeløs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg følte meg deprimert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg følte meg uten håp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Utmattelse</u> I løpet av de siste 7 dagene:	Ikke i det hele tatt	Litt	Til en viss grad	Mye	Svært mye
Jeg føler meg utmattet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har vanskelig for å begynne med ting fordi jeg er trett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROMIS–29 Profile v2.1

Utmattelse

I løpet av de siste 7 dagene:

	Ikke i det hele tatt	Litt	Til en viss grad	Mye	Svært mye
Hvor nedkjørt følte du deg i gjennomsnitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor utmattet var du i gjennomsnitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Søvnvansker

I løpet av de siste 7 dagene:

	Svært dårlig	Dårlig	Noenlunde	God	Svært god
Søvnkvaliteten min var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av de siste 7 dagene:

	Ikke i det hele tatt	Litt	Til en viss grad	Mye	Svært mye
Søvnen gjorde meg opplagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg hadde problemer med søvnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg hadde vanskelighet med å sovne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evne til å delta i sosiale roller og aktiviteter

Jeg har problemer med å utføre mine vanlige fritidsaktiviteter med andre

Jeg har problemer med å utføre alle de familieaktivitetene jeg ønsker å være med på

Jeg har problemer med å utføre alt mitt vanlige arbeid (inkludert arbeid i hjemmet)

Jeg har problemer med å utføre alle aktiviteter med venner som jeg ønsker å gjøre

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid
Jeg har problemer med å utføre mine vanlige fritidsaktiviteter med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har problemer med å utføre alle de familieaktivitetene jeg ønsker å være med på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har problemer med å utføre alt mitt vanlige arbeid (inkludert arbeid i hjemmet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har problemer med å utføre alle aktiviteter med venner som jeg ønsker å gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Smertepåvirkning

I løpet av de siste 7 dagene:

	Ikke i det hele tatt	Litt	Til en viss grad	Mye	Svært mye
I hvor stor grad påvirket smerter dine daglige aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I hvor stor grad har smerter påvirket ditt arbeid i hjemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I hvor stor grad har smerter påvirket evnen din til å delta i sosiale aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I hvor stor grad har smerter påvirket ditt husarbeid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROMIS-29 Profile v2.1

Smerteintensitet

I løpet av de siste 7 dagene:

Hvordan vil du gradere smertene dine i gjennomsnitt?

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ingen
smerte

Verst
tenkelige
smerte