

Frågeformulär om smärtproblem (kortversion, Linton och Hallden)

Personuppgifter

Namn	Personnummer	Datum
------	--------------	-------

Ringa in de siffror som bäst beskriver dina upplevelser på följande frågor/påståenden.

Hur länge har du haft din nuvarande smärta?						
0–1 vecka (1)	1–2 veckor (2)	3–4 veckor (3)	4–5 veckor (4)	6–8 veckor (5)		
9–11 veckor (6)	3–6 månader (7)	6–9 månader (8)	9–12 månader (9)	Över ett år (10)		

Hur mycket smärta har du haft senaste veckan ?												
Ingen smärta – 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – Svårast tänkbara		
Jag kan utföra lättare arbete under en timme :												
Kan inte på grund av smärta – 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – Utan smärtproblem	10-x	
Jag kan sova på natten:												
Kan inte på grund av smärta – 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – Utan smärtproblem	10-x	
Hur spänd eller stressad har du känt dig senaste veckan ?												
Helt lugn – 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – Mycket spänd		
I vilken utsträckning har du känt dig nedstämd den senaste veckan ?												
Inte alls – 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – Våldigt mycket		
Hur stor bedömer du risken att din smärta blir långvarig?												
Ingen risk – 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – Mycket stor risk		
Hur stor bedömer du chansen att du kan arbeta om tre månader ?												
Ingen chans – 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – Mycket stor chans	10-x	
Om besvären ökar är det en signal på att jag bör sluta med det jag håller på med tills besvären minskar:												
Instämmer inte alls – 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – Instämmer helt		
Jag bör inte utföra mitt arbete eller mina normala aktiviteter med nuvarande smärta:												
Instämmer inte alls – 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – Instämmer helt		
Summa												