

Label / Navn og CPR

Dato

Kære patient

Du er blevet behandlet med neuromodulation i form af rygmarvsstimulation (SCS), dorsalrodsgangliestimulation (DRG) eller perifer nervestimulation (PNS) for dine smerter.

Som led i opfølgningen på behandlingen har vi brug for nogle oplysninger fra dig. Du bedes derfor udfylde det nedenstående så præcist som muligt.

Oplysningerne bliver naturligvis behandlet fortroligt.

De bedste hilsner

Behandlingsteamet for neuromodulation.

Smertere registrering

For at få et præcist billede af din smerte, vil vi først gerne vide noget om, *hvor* du har ondt og hvilken *type* af smerte, du har.

Der er to ens formularer på de to næste sider.

Hvis du har ondt mere end ét sted, eller hvis du har mere end én type smerte (fx både stumpesmerter og fantomsmerter), vil vi bede dig udfylde begge formularer!

Smertere registrering, A

Hvilken *type* smerter har du?

(fx fantomsmerter, stump smerter, angina, refleksdystrofi, smerter efter rygoperation, smerter fra nervebetændelse etc.)

Beskriv

Hvor sidder disse smerter?

(fx i højre side af lænden, i venstre arm, i begge fødder, midt på maven etc.)

Beskriv

Med de smerter, du har beskrevet ovenfor, og på en skala fra 0-10, hvor *0 er slet ingen smerter, og 10 er de værste smerter, du kan forestille dig*

Hvor ondt har du *i gennemsnit* haft i de sidste 7 dage?

Tal fra 0 - 10

Hvor ondt har du haft, hvor det var *allerværst* i de sidste 7 dage?

Tal fra 0 - 10

Smertere registrering, B

Hvilken *type* smerter har du?

(fx fantomsmerter, stumpmerter, angina, refleksdystrofi, smerter efter rygoperation, smerter fra nervebetændelse etc.)

Beskriv

Hvor sidder disse smerter?

(fx i højre side af lænden, i venstre arm, i begge fødder, midt på maven etc.)

Beskriv

Med de smerter, du har beskrevet ovenfor, og på en skala fra 0-10, hvor 0 er slet ingen smerter, og 10 er de værste smerter, du kan forestille dig

Hvor ondt har du *i gennemsnit* haft i de sidste 7 dage?

Tal fra 0 - 10

Hvor ondt har du haft, hvor det var *allerværst* i de sidste 7 dage?

Tal fra 0 - 10

Smertestillende medicin

Desuden vil vi gerne vide, hvilken *smertestillende* medicin, du får for tiden.

Skriv kun den medicin, du får mod smerter.

Hvis du også får medicin doseret efter behov, bedes du skrive, hvor meget du *i gennemsnit* tager på en dag.

Præparat:	Din sædvanlige, daglige dosis:

eller:

Jeg får *ingen* smertestillende medicin

Sæt kryds

Samlet effekt af behandlingen

Vi vil bede dig vurdere den *samlede* effekt, som du synes, du har haft af din behandling med neuromodulation i form af rygmarvsstimulation (SCS), dorsalrodsgangliestimulation (DRG) eller perifer nervestimulation (PNS) for dine smerter. Synes du, dine smerter som følge af behandlingen er blevet:

Virkelig meget forbedret

Meget forbedret

Minimalt forbedret

Ingen ændring

Minimalt forværret

Meget forværret

Virkelig meget forværret

sæt kun ét kryds

Arbejdsstatus

Som led i opfølgningen på behandlingen vil vi gerne kende din nuværende beskæftigelsesstatus.

Informationerne anvendes kun til forskningsformål.

Sæt ét kryds ved hvert af de to spørgsmål. Er du:

1	Fuldt arbejdsdygtig		sæt kun ét kryds
	Delvist arbejdsdygtig		
	Ikke arbejdsdygtig		

2	Alm. lønmodtager (fuldtid/deltid)		sæt kun ét kryds
	Selvstændig		
	Studerende		
	Folkepensionist / efterløkker		
	Førtidspensionist		
	I flexjob / skånejob		
	I revalidering / arbejdsprøvning		
	På dagpenge		
	På sygedagpenge		
	På kontanthjælp		
	Hjemmegående uden indkomst		
	Andet		

Hvis du *er i arbejde* eller *studerer*: Hvor mange timer om ugen arbejder eller studerer du på nuværende tidspunkt?

Timer / uge

Svaret kan evt. uddybes her:

Spørgeskema: PCS

Angiv, i hvilken grad du har disse tanker og følelser, **når du oplever smerte.**

Sæt et kryds ved det svar på hver linie, der passer bedst til din oplevelse.

	I meget høj grad (4)	I høj grad (3)	I nogen grad (2)	I ringe grad (1)	Slet ikke (0)
1 Det bekymrer mig hele tiden, om smerterne vil forsvinde					
2 Jeg føler, at jeg ikke kan mere					
3 Det er frygteligt, og jeg tænker, at det aldrig bliver bedre					
4 Det er forfærdeligt, og jeg føler mig overvældet af smerterne					
5 Jeg føler, at jeg ikke kan holde det ud længere					
6 Jeg bliver bange for, at smerterne vil blive værre					
7 Jeg tænker hele tiden på andre smertefulde oplevelser					
8 Jeg ønsker desperat, at smerterne vil forsvinde					
9 Jeg kan ikke lade være med at tænke på mine smerter					
10 Jeg bliver ved med at tænke på, hvor ondt det gør					
11 Jeg bliver ved med at tænke på, hvor meget jeg ønsker, at smerten skal holde op					
12 Der er intet jeg kan gøre for at mindske smerterne					
13 Jeg tænker på, om der kunne ske noget alvorligt					

Spørgeskema: MDI

Nedenstående spørgsmål handler om, hvordan du har haft det **gennem de sidste to uger**.

Sæt et kryds i det felt på hver linie, som bedst svarer til, hvordan du har haft det.

Hvor stor en del af tiden de sidste to uger...		Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
1	Har du følt dig trist til mode, ked af det?						
2	Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?						
3	Har du følt, at du manglede energi og kræfter?						
4	Har du haft mindre selvtillid?						
5	Har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?						
6	Har du følt, at livet ikke var værd at leve?						
7	Har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?						
8a	Har du følt dig rastløs?						
8b	Har du følt dig stille eller fåmælt?						
9	Har du haft besvær med at sove om natten?						
10a	Har du haft nedsat appetit?						
10b	Har du haft øget appetit?						

Spørgeskema: SF-36 v1.1

Dette spørgeskema handler om din opfattelse af dit helbred.

Oplysningerne vil give et overblik over, hvordan du har det, og hvor godt du er i stand til at udføre dine daglige gøremål.

Besvar hvert spørgsmål ved at sætte kryds ved det svar, der passer bedst på dig. Hvis du er i tvivl om, hvordan du skal svare, svar da venligst så godt du kan.

1. Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?

(Sæt kun ét kryds)

- Fremragende 1
Vældig godt 2
Godt 3
Mindre godt 4
Dårligt 5

2. Sammenlignet med for ét år siden, hvordan er dit helbred alt i alt nu?

(Sæt kun ét kryds)

- Meget bedre nu end for ét år siden 1
Noget bedre nu end for ét år siden 2
Nogenlunde det samme 3
Noget dårligere nu end for ét år siden 4
Meget dårligere nu end for ét år siden 5

3. De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

(Sæt ét kryds i hver linie)

	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke begrænset
Krævende aktiviteter , som fx at løbe, løfte tunge ting, deltage i anstrengende sport	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Lettere aktiviteter , såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
At løfte eller bære dagligvarer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
At gå flere etager op ad trapper	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
At gå én etage op ad trapper	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
At bøje sig ned eller gå ned i knæ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gå mere end én kilometer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gå nogle hundrede meter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gå 100 meter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gå i bad eller tage tøj på	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Har du inden for de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

(Sæt ét kryds i hver linie)

	JA	NEJ
Jeg har skåret ned på den tid , jeg bruger på arbejde eller andre aktiviteter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Jeg har nået mindre , end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Jeg har haft besvær med at udføre mit arbejde eller andre aktiviteter (fx krævede det en ekstra indsats)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

5. Har du inden for de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

(Sæt ét kryds i hver linie)

	JA	NEJ
Jeg har skåret ned på den tid , jeg bruger på arbejde eller andre aktiviteter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Jeg har nået mindre , end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt , end jeg plejer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

6. Inden for de sidste 4 uger hvor meget har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer vanskeliggjort din kontakt med familie, venner, naboer eller andre?

(Sæt kun ét kryds)

Slet ikke	<input type="checkbox"/> 1
Lidt	<input type="checkbox"/> 2
Noget	<input type="checkbox"/> 3
En hel del	<input type="checkbox"/> 4
Virkelig meget	<input type="checkbox"/> 5

7. Hvor stærke fysiske smerter har du haft i de sidste 4 uger?

(Sæt kun ét kryds)

Ingen smerter	<input type="checkbox"/> 1
Meget lette smerter	<input type="checkbox"/> 2
Lette smerter	<input type="checkbox"/> 3
Middelstærke smerter	<input type="checkbox"/> 4
Stærke smerter	<input type="checkbox"/> 5
Meget stærke smerter	<input type="checkbox"/> 6

8. Inden for de sidste 4 uger hvor meget har fysiske smerter vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?

(Sæt kun ét kryds)

- Slet ikke 1
 Lidt 2
 Noget 3
 En hel del 4
 Virkelig meget 5
-

9. Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger.

Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger -

(Sæt ét kryds i hver linie)

- | | | Det | En hel | Noget | Lidt | På |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Hele | meste | del af | af | af | intet |
| | tiden | af tiden | tiden | tiden | tiden | tids- |
| | | | | | | punkt |
| har du følt dig veloplagt og fuld af liv? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| har du været meget nervøs? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| har du været så langt nede, at intet kunne opmuntre dig? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| har du følt dig rolig og afslappet? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| har du været fuld af energi? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| har du følt dig trist til mode? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| har du følt dig udslidt? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| har du været glad og tilfreds? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| har du følt dig træt? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

- 10. Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (fx besøge venner, slægtninge osv.)?**

(Sæt kun ét kryds)

- Hele tiden 1
 Det meste af tiden 2
 Noget af tiden 3
 Lidt af tiden 4
 På intet tidspunkt 5

- 11. Hvor rigtige eller forkerte er de følgende udsagn for dit vedkommende?**

(Sæt ét kryds i hver linie)

- | | Helt
rigtigt | Over-
vejende
rigtigt | Ved
ikke | Over-
vejende
forkert | Helt
forkert |
|--|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Jeg bliver nok lidt lettere syg end andre | . <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Jeg er lige så rask som enhver anden, jeg kender | . <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Jeg forventer, at mit helbred bliver dårligere | . <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Mit helbred er fremragende | . <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Skemaerne bedes afleveret til din behandler.