

# Din MS

MSnytt

Dette spørreskjemaet handler om hvordan du har hatt det i forhold til din MS sykdom de siste 6 måneder. Dette inkludert angrep, symptomer og symptomers påvirkning av dagliglivet. Denne informasjonen kan hjelpe deg til å ha en fokusert samtale med helsepersonell om din MS og eventuelle endringer den siste tiden. Spør gjerne en pårørende om hjelp til å fylle ut skjemaet.

Din alder \_\_\_\_\_

## 1. Din MS

Vennligst sett kryss for svar i en boks per spørsmål

1.1 Har du i løpet av de siste 6 mnd hatt angrep?  
(perioder hvor symptomene har blitt verre  
for så bli bedre igjen)

Ja

Nei

Gå til del 2

1.2 Hvis ja, hvor mange angrep?

1

2

3+

1.3 Hvis ja, føler du deg helt bra igjen  
etter siste angrep?

Helt  
(100%)

Nesten  
(75%)

Delvis  
(50%)

Litt  
(25%)






Ikke  
(0%)

NO2103154558



### 3. Hvordan MS påvirker dagliglivet

Hvor mye har MS symptomer de siste 6 måneder påvirket deg:

	Aldri	Litt	Moderat	Mye	Dette kan jeg ikke utføre grunnet MS
3.1  Mobilitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2  Personlig hygiene, f.eks dusj, kle på seg etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3  Fullføre dagliglivets oppgaver, f.eks husarbeid eller kjøring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4  Delta i fritidsaktiviteter eller utføre hobbyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5  På arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jeg kan ikke besvare spm. 3.5 fordi jeg ikke er i arbeid					
3.6 Være intim eller ha sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Emosjonelt. F.eks trist, irritabel eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er det andre symptomer du ønsker å spør din lege eller sykepleier om? I så fall kan du notere de i boksen nedenfor.

Fikk du hjelp av en pårørende til å besvare dette spørreskjemaet?	Ja	Nei
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>