

Din MS

LEVA
MED
MS

I det här frågeformuläret får du svara på frågor om hur din MS har varit under de senaste 6 månaderna, om du har haft några skov, vilka symtom du har haft och hur de har påverkat ditt dagliga liv. Den här informationen hjälper dig att ta upp det viktigaste när du talar med din läkare om din MS och eventuella förändringar som du har märkt av under de senaste 6 månaderna. Be gärna en familjemedlem, partner eller vårdare om hjälp och förslag när du fyller i frågeformuläret. **Vänligen notera att interaktivitet i PDF-filen kan begränsas för iPhone-användare.**

Hur gammal är du? _____

1. Din MS

Svara genom att kryssa i en ruta för varje fråga

1.1 Har du haft några skov (perioder då dina symtom förvärrades och sedan blev bättre igen) under de senaste 6 månaderna?		Ja		Nej	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
				Gå till avsnitt 2	
1.2 Om ja , hur många skov?	1	2	3+		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1.3 Om ja , hur väl har du återhämtat dig från ditt senaste skov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Helt (100%)	Så gott som helt (75%)	Delvis (50%)	Något (25%)	Inte alls (0%)

SE2103048130

2. Dina symtom

a) Har du haft något av följande symtom under **de senaste 6 månaderna**?

	Nej	Ja
2.1  Synproblem		
2.2  Muskelsvaghet eller muskelspasmer		
2.3  Problem med att gå eller förflytta dig		
2.4  Problem med koordination eller balans		
2.5  Smärta		
2.6  Domningar eller stickningar		
2.7  Problem med urinblåsa eller tarm		
2.8  Problem med talet		
2.9  Problem med att koncentrera dig eller komma ihåg saker		
2.10  Trötthet eller utmattning		

Detta gäller alla symtom som du svarade **ja** på i fråga 2a

b) Hade du dessa symtom under **något av skoven de senaste 6 månaderna**?

	Nej	Ja

c) Hade du symtom **så gott som hela tiden** eller kunde de **komma och gå**?

Symptomen kom och gick	Jag hade symtom så gott som hela tiden

d) Om symtomen fanns där **så gott som hela tiden...**

Blev de bättre?	Var de likadana hela tiden?	Blev de värre?

3. Hur MS påverkar ditt liv

Under de senaste 6 månaderna, hur mycket har dina MS-symtom påverkat dig eller din förmåga att:

	Inte alls	Lite grann	Måttligt	Mycket	Klarar inte detta på grund av min MS
3.1  Förflytta dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2  Tvätta dig, bada eller klä på dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3  Utföra vardagliga göromål (t.ex. hushållsarbete eller bilkörning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4  Utöva hobbyer eller fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5  Arbeta (avlönat eller ideellt arbete)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jag kan inte svara på fråga 3.5 eftersom jag inte arbetar av skäl som inte har med min MS att göra					
3.6 Vara intim eller ha sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Känslomässigt (t.ex. känna sig nere, orolig eller bekymrad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Finns det några symtom som du särskilt skulle vilja ta upp när du träffar din läkare? Om så är fallet, ringa in/markera motsvarande frågenummer i detta frågeformulär, eller skriv upp numren här nedan.

	Ja	Nej
Fick du hjälp av en familjemedlem, partner eller vårdare att fylla i det här frågeformuläret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>