

Denna enkät berör Dina symtom och Din förmåga att utföra vissa aktiviteter.

Svara på **varje fråga**, baserat på hur Du har mått **den senaste veckan**, genom att kryssa för ett svarsalternativ för varje fråga.

Om det är någon aktivitet Du inte har utfört den senaste veckan får Du kryssa för det svar som Du bedömer **stämmer bäst** om Du hade utfört aktiviteten.

Det har ingen betydelse vilken arm eller hand Du använder för att utföra aktiviteten. Svara baserat på Din förmåga oavsett hur Du utför uppgiften.

	Ingen svårighet	Viss svårighet	Måttlig svårighet	Stor svårighet	Omöjligt att göra
1. Öppna en ny burk, eller hårt sittande lock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Skriva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vrida om en nyckel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Förbereda en måltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Öppna en tung dörr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lägga upp något på en hylla över Ditt huvud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Utföra tunga hushållssysslor (t ex tvätta golv och väggar, putsa fönster, hänga tvätt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Trädgårdsarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bädda sängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bära matkassar eller portfölj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bära tunga saker (över fem kilo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Byta en glödlampa ovanför Ditt huvud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tvätta eller föna håret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tvätta Din rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ta på en tröja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Använda en kniv för att skära upp maten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Fritidsaktiviteter som kräver liten ansträngning (t ex spela kort, sticka, boule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Fritidsaktiviteter som tar upp viss kraft eller stöt genom arm, axel eller hand (t ex spela golf, använda hammare, spela tennis, skytte, bowling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Fritidsaktiviteter där Du rör på armen fritt (t ex spela badminton, simma, gympa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Färdas från en plats till en annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sexuella aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Under **de senaste sju dagarna**, i vilken utsträckning har Dina arm-, axel- eller handproblem stört Ditt vanliga umgänge med anhöriga, vänner, grannar eller andra?

Inte alls       Lite       Måttligt       Mycket       Väldigt mycket

23. Under **de senaste sju dagarna**, i vilken utsträckning har Dina arm-, axel- eller handproblem stört Ditt vanliga arbete eller andra dagliga aktiviteter?

Inte alls       Lite       Måttligt       Mycket       Väldigt mycket

Ange svårighetsgraden på Dina symtom **de senaste sju dagarna**:

	Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
24. Värk/smärta i arm, axel eller hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Värk/smärta i arm, axel eller hand i samband med aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Stickningar (sockerdrickskänsla) i arm, axel eller hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Svaghet i arm, axel eller hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Stelhet i arm, axel eller hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Har Du haft svårt att sova, under **de senaste sju dagarna**, på grund av värk/smärta i arm, axel eller hand?

Inte alls     Viss svårighet     Måttlig svårighet     Stor svårighet     Mycket stor svårighet

30. Jag känner mig mindre kapabel, har sämre självförtroende eller känner mig mindre behövd på grund av mina arm-, axel- eller handproblem.

Instämmer absolut inte     Instämmer inte     Vet inte     Instämmer     Instämmer absolut

Följande frågor rör hur mycket Dina arm-, axel- eller handproblem påverkat Din förmåga att arbeta (inklusive hushållsarbete om detta är Ditt huvudsakliga arbete).

Arbetar Du?  Ja  Nej

Om Du inte arbetar kan Du hoppa över de följande fyra frågorna

Ange här Ditt arbete

Kryssa för det påstående som bäst stämmer in på Din kroppsliga förmåga **de senaste sju dagarna**.

Hade Du någon svårighet att:	Ingen svårighet	Viss svårighet	Måttlig svårighet	Stor svårighet	Omöjligt
1. använda Din vanliga teknik för att arbeta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. utföra Ditt ordinarie arbete på grund av värk/smärta i arm, axel eller hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. utföra Ditt arbete så bra som Du skulle vilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. utföra Ditt arbete på den tid Du brukar använda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande frågor rör hur mycket Dina arm-, axel- eller handproblem påverkat Din förmåga att spela musikinstrument och/eller utöva idrott.

Spelar Du något musikinstrument eller utövar någon idrott?  Ja  Nej

Om Du inte spelar något musikinstrument eller utövar någon idrott kan Du hoppa över resterande frågor

Om Du spelar mer än ett musikinstrument eller utövar mer än en idrott ska Du svara med avseende på den aktivitet som är viktigast för Dig.

Ange här det musikinstrument eller den idrott som är viktigast för Dig

Kryssa för det påstående som bäst stämmer in på Din kroppsliga förmåga **de senaste sju dagarna**.

Hade Du någon svårighet att:	Ingen svårighet	Viss svårighet	Måttlig svårighet	Stor svårighet	Omöjligt
1. använda Din vanliga teknik för att spela instrument/idrotta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. spela instrument/idrotta på grund av värk/smärta i arm, axel eller hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. spela instrument/idrotta så bra som Du skulle vilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. använda lika mycket tid som vanligt för att spela instrument/idrotta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>