

Hälsoenkät (arm/axel/hand)

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. Utföra tunga hushållssysslor (t ex tvätta golv, putsa fönster, hänga tvätt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bära matkassar eller portfölj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tvätta Din rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Använda en kniv för att skära upp maten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fritidsaktiviteter där Du rör armen fritt (t ex spela badminton, simma, gympa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Under **den senaste veckan**, i vilken utsträckning har Dina arm-, axel- eller handproblem stört Ditt vanliga umgänge med anhöriga, vänner, grannar eller andra?

Inte alls Lite Måttligt Mycket Våldigt mycket

8. Under **den senaste veckan**, i vilken utsträckning har Dina arm-, axel- eller handproblem stört Ditt vanliga arbete eller andra dagliga aktiviteter?

Inte alls Lite Måttligt Mycket Våldigt mycket

Ange svårighetsgraden på Dina symtom **den senaste veckan**:

	Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
9. Värk/smärta i arm, axel eller hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Stickningar (sockerdrickskänsla) i arm, axel eller hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Har Du haft svårt att sova, under **den senaste veckan**, på grund av värk/smärta i arm, axel eller hand?

Inte alls Viss svårighet Måttlig svårighet Stor svårighet Mycket stor svårighet

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 **den senaste veckan**.

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 **den senaste veckan**.

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"/>