

Datum:
(År Månad Dag)

Studienummer:



Livskvalitetsfrågeformulär för föräldrar till barn/ungdomar med artrit

Hej,

Vi skulle uppskatta om du tog dig tid att fylla i det här frågeformuläret om ditt barns hälsa och livskvalitet.

Du skall svara enligt hur du tycker att ditt barn har haft det **under de senaste 4 veckorna**. Var god och svara på frågorna utan att be ditt barn om hjälp med vad han/hon tycker. Svaren behandlas konfidentiellt.

OBS! Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna när du svarar på frågorna.

Så här fyller du i enkäten.

exempel:

Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid

Hur ofta umgås ditt barn med sina vänner?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Om du gör fel – rita över hela rutan så här

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Det finns inga rätta eller felaktiga svar. Det är vad du tycker som är viktigt.



Om ditt barns artrit

Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna.

Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid

1.	Känner ditt barn sig stel om morgonen (som en gammal gumma/gubbe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Blir ditt barn lätt utmattad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Får ditt barns artrit henne/honom att känna sig för utmattad för att umgås med vänner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hatar ditt barn att ha ont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Störs ditt barn av att smärtan kan komma väldigt plötsligt ibland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Hindrar smärtan ditt barn från att göra det hon/han vill?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Stör det ditt barn att hon/han inte kan utföra alla slags sporter/fritidsaktiviteter på grund av sin artrit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Hatar ditt barn att hon/han är begränsad i sin rörelseförmåga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Stör det ditt barn att hon/han har problem med att skriva/rita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Om ditt barns artrit

Tänk tillbaka på de senaste 4 veckorna.

Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid

10.	Förstår andra att ditt barns symptom kan förändras plötsligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Förstår ditt barns vänner att han/hon kan känna sig dålig ganska plötsligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Förstår ditt barns lärare att din barn ibland inte kan delta i alla aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De sista tre frågorna handlar om hur besvärligt ditt barn har haft det med sin artrit under **den senaste 12 månaderna**.



Om ditt barns symptom

Tänk tillbaka de senaste 12 månader

		Aldrig	Några gånger	Varje månad	Var vecka	Dagligen
a.	Hur ofta hade ditt barn problem med sin artrit under det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Inte alls svår	Lite svår	Ganska svår	Svår	Väldigt svår
b.	Hur pass svår var ditt barns artrit under det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
c.	Hur ofta hade ditt barn ont i leder eller muskler under det senaste året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



TACK FÖR ATT DU DELTOG!

