

5. Hälsa & Symptom

Namn: _____

Datum: / / _____

Med detta frågeformulär ber vi dig utvärdera dig själv, hur du har mått och känt dig under de senaste 4 månaderna. Denna information kommer hjälpa dig att hålla reda på dina mentala, fysiska och emotionella reaktioner i förhållande till förändringar du gör i din kost, tillskott, prioriteringar, socialt liv, familjeliv, fysisk aktivitet, och tid spenderad för personlig utveckling. Ta den tid du behöver för att fylla i formuläret. För varje fråga, markera den siffra som bäst beskriver dina symptom.

Poängskala	8 Ja 0 Nej	En del frågor besvaras med JA alternativt NEJ.
	0 Nej eller sällan	Du har aldrig upplevt detta symptom eller är medveten om det men har det mer sällan än 1 gång i månaden.
	1 Ibland	Symptomen kommer och går. Den är relaterad till stress, kost, trötthet eller annan identifierad triggerutlösare.
	4 Ofta	Symptomen sker 2-3 gånger/vecka och stör dig så pass mycket att du är villig och göra något åt det.
	8 Regelbundet	Symptomen sker 4 gånger/vecka alternativt dagligen eller på en regelbunden basis t ex. månadsvis.

Del 1

Sektion A

- | | |
|---|---------|
| 1. Matsmältningsbesvär, maten kommer upp efter att du ätit. | 0 1 4 8 |
| 2. Överdriven rapning, svullen mage efter måltid. | 0 1 4 8 |
| 3. Magknip eller spasm efter måltid. | 0 1 4 8 |
| 4. Känsla av att maten sitter kvar i magen och gör dig obekvämt mätt, trycker, svullnar under eller innan måltid. | 0 1 4 8 |
| 5. Dålig smak i munnen. | 0 1 4 8 |
| 6. Lite mat gör dig mätt omedelbart. | 0 1 4 8 |
| 7. Du hoppar över måltider eller äter på oförutsägbara tider. | 0 1 4 8 |

Total poäng: _____

Sektion B

1. Starka känslor, tanken eller lukten av mat förvärrar din mage alternativt ger dig magsmärtor. 0 1 4 8
2. Du blir hungrig 1 till 2 timmar efter du ätit en ordentlig måltid. 0 1 4 8
3. Magsmärtor och/eller magbränna 1-4 tim efter måltid. 0 1 4 8
4. Magsmärtor och/eller magbränna lindras vid intag av mat, kolsyrade drycker, mjölk eller grädde, eller tar t ex. Samarin eller liknande. 0 1 4 8
5. Brännande känsla i nedre delen av bröstet, speciellt när du ligger ner eller böjer dig framåt. 0 1 4 8
6. Matsmältningsproblem som går hand i hand med vila och avslappning.
___ Ja (8)
___ Nej (0)
7. Stark mat, friterad mat, kaffe, choklad, citrus och chilipeppar ger dig magsmärtor alternativt magbränna. 0 1 4 8
8. Du blir illamående när du äter. 0 1 4 8
9. Svårigheter eller smärta vid sväljande av mat eller dryck. 0 1 4 8

Total poäng:

Sektion C

1. När du masserar nedanför dina vänstra revben är du öm och känner smärta. 0 1 4 8
2. Matsmältningsbesvär och spänning i magen kommer 2-4 timmar efter måltid. 0 1 4 8
3. Obekvämligheter i nedre delen av magen släpper efter tarmtömning eller passerande gaser. 0 1 4 8
4. Specifik dryck/mat irriterar matsmältningen. 0 1 4 8
5. Utseendet på din avföring ändras under dagen (från löst till hårt). 0 1 4 8
6. Pinsam lukt från avföring (tarmtömning). 0 1 4 8
7. Ej nerbrutna matpartiklar i din avföring. 0 1 4 8
8. Tre eller fler tarmtömningstillfällen per dag. 0 1 4 8
9. Diarré (rinnig/vattenbaserad avföring). 0 1 4 8
10. Tarmtömning inom en timme efter måltid. 0 1 4 8

Total poäng:

Sektion D

- | | |
|---|---------|
| 1. Obehag, smärta eller kramper i ändtarmen (nedre delen av magen). | 0 1 4 8 |
| 2. Emotionell stress och/eller att äta frukt och grönsaker ger svullen mage, smärta, kramper och gaser. | 0 1 4 8 |
| 3. Generellt förstoppad (eller smärta vid avföring). | 0 1 4 8 |
| 4. Avföringen är liten, hård och torr till formen. | 0 1 4 8 |
| 5. Avföringen innehåller slem. | 0 1 4 8 |
| 6. Avföringen varierar mellan förstoppad och diarré. | 0 1 4 8 |
| 7. Smärta, kramp eller att det kliar i ändtarmen. | 0 1 4 8 |
| 8. Får sällan uppmaning till avföring.
___ Ja (8)
___ Nej (0) | |
| 9. Har konstant uppmaning till avföring.
___ Ja (8)
___ Nej (0) | |

Total poäng:

Del 2

- | | |
|---|---------|
| 1. När du masserar nedanför dina högra revben är du öm och känner smärta. | 0 1 4 8 |
| 2. Magsmärtorna ökar med djupa andetag. | 0 1 4 8 |
| 3. Smärta under natten som sätter sig i ryggen alternativt höger axel. | 0 1 4 8 |
| 4. Sura uppstötningar efter måltider. | 0 1 4 8 |
| 5. Känner obehag i magen eller illamående när jag äter fet, friterad mat. | 0 1 4 8 |
| 6. Bultande, tung känsla i huvudet efter du ätit för mycket. | 0 1 4 8 |
| 7. Oförklarligt kliande hud som blir värre på kvällen. | 0 1 4 8 |
| 8. Färgen på din avföring varierar från grå till normal brun. | 0 1 4 8 |
| 9. Generell känsla av dålig hälsa. | 0 1 4 8 |
| 10. Smärta i muskler, ej från träning. | 0 1 4 8 |
| 11. Samlar vatten och känner mig svullen runt magen. | 0 1 4 8 |
| 12. Hudrodnader, speciellt handflatorna. | 0 1 4 8 |
| 13. Väldigt kraftig kroppslukt. | 0 1 4 8 |

14. Har du dålig andedräkt? 0 1 4 8
15. Får lätt blåmärken.
 ___ Ja (8)
 ___ Nej (0)
16. Dina ögon har en gul ton.
 ___ Ja (8)
 ___ Nej (0)

Total poäng:

Del 3

Sektion A

1. Känner mig kall alternativt frusen – händer, fötter eller hela kroppen – utan orsak. 0 1 4 8
2. Dina ögonlock ser svullna ut. 0 1 4 8
3. Dina muskler är svaga, krampar och/eller darrar. 0 1 4 8
4. Är du glömsk? 0 1 4 8
5. Känns det som om ditt hjärta slår långsamt? 0 1 4 8
6. Reaktionstiden är långsammare. 0 1 4 8
7. Generellt är du ointresserad av sex (på grund av att lusten är låg). 0 1 4 8
8. Känner mig långsam och seg. 0 1 4 8
9. Förstoppad. 0 1 4 8
10. Uttorkad, missfärgning av huden och/eller hår.
 ___ Ja (8)
 ___ Nej (0)
11. Har din röst nyligen blivit mörkare?
 ___ Ja (8)
 ___ Nej (0)
12. Tjocka, spröda naglar?
 ___ Ja (8)
 ___ Nej (0)
13. Viktökning utan direkt anledning?
 ___ Ja (8)
 ___ Nej (0)

14. Yttre tredje delen av dina ögonbryn har förtunnats eller håller på att försvinna.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

15. Svullnad i nacken.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

Total poäng:

Sektion B

1. Fördröjd trötthet efter ansträngning eller stress. 0 1 4 8

2. Blir du trött och utmattad fort? 0 1 4 8

3. Får sug efter salt mat. 0 1 4 8

4. Känslig mot små väderförändringar och omgivningar. 0 1 4 8

5. Känner dig yr när du reser dig från att sitta på knä. 0 1 4 8

6. Mörkblå/svarta ringar under ögonen. 0 1 4 8

7. Illamående till och från med eller utan kräkningar. 0 1 4 8

8. Blir lätt/ofta förkyld och sjuk.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

9. Kroppsliga sår läker långsamt.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

10. Din kropp eller delar av den är känslig mot beröring, känns öm, smärtar och/eller är varm. 0 1 4 8

11. Kroppen känns svullen. 0 1 4 8

12. Huden blir gradvis mer bruntonad utan vistelse i solen eller efter ha ätit mat med högt karoten (morötter)

___ Ja (8)

___ Nej (0)

Total poäng:

Del 4

Sektion A

När du hoppar över måltider eller inte äter under en längre tid upplever du några av följande symptom?

- | | |
|--|---------|
| 1. Känner mig svag. | 0 1 4 8 |
| 2. En plötslig känsla av panik när du blir hungrig. | 0 1 4 8 |
| 3. En pirrande känsla i händerna. | 0 1 4 8 |
| 4. Ditt hjärta slår för fort eller för hårt. | 0 1 4 8 |
| 5. Känner dig skakis med darrande händer. | 0 1 4 8 |
| 6. Plötsliga svettningar och/eller dina händer känns klibbiga. | 0 1 4 8 |
| 7. Mardrömmar kan kopplas till att gå till sängs på tom mage. | 0 1 4 8 |
| 8. Vaknar upp på natten och känner dig rastlös. | 0 1 4 8 |
| 9. Känner ångest, oro och brusar lätt upp. | 0 1 4 8 |
| 10. Dåligt minne, glömmet saker. | 0 1 4 8 |
| 11. Förvirrad och ofokuserad. | 0 1 4 8 |
| 12. Yr, svimmar av. | 0 1 4 8 |
| 13. Kall eller ingen känsl. | 0 1 4 8 |
| 14. Lätt huvudvärk eller bultande huvudvärk. | 0 1 4 8 |
| 15. Otydlig syn eller ser dubbelt. | 0 1 4 8 |
| 16. Blir klumpig eller okoordinerad. | 0 1 4 8 |

Total poäng:

Sektion B

- | | |
|--|---------|
| 1. Frekvent urination under dagen och natten. | 0 1 4 8 |
| 2. Ovanligt törstig – känsla av att du inte kan dricka tillräckligt med vatten. | 0 1 4 8 |
| 3. Ovanligt hungrig, äter hela tiden. | 0 1 4 8 |
| 4. Suddig syn. | 0 1 4 8 |
| 5. Kliar över hela kroppen. | 0 1 4 8 |
| 6. Stickningar och domningar i fötterna. | 0 1 4 8 |
| 7. Känsla av dåsighet och trötthet under dagen, ej kopplat till uteblivna måltider eller utebliven sömn. | 0 1 4 |

8. Stärkelserik mat, trots att den är hälsosam och oprocessad (ris, majs, bönor, fullkorn, havre) gör att du går upp i vikt eller hindrar dig från att gå ner i vikt.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

9. Dina sår läker långsamt.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

10. Tappar hår på benen.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

Total Poäng:

Del 5

Sektion A

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Känner dig skakis. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 2. Dagens första ansträngning ger dig smärta, tryck och/eller tyngd kring bröstet. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 3. Utmattning vid mindre ansträngningar. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 4. Kraftiga svettningar (ingen ansträngning). | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 5. Svårt att få luft (andas), speciellt under träning. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 6. Bultande hjärta, känsla av att hjärtat slår för fort, för långsamt eller oregelbundet. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 7. Svullnad av fötter, vristen och/eller ben kommer och går utan direkt anledning. | 0 | 1 | 4 | 8 |

Total poäng:

Sektion B

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Muskelsmärta vid vila. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 2. Krampliknande smärta i vristen, vaden eller benen. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 3. Domningar, stickningar i dina händer och fötter. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 4. Kalla fötter och/eller tår, ser blå ut. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 5. Korta perioder av tappad hörsel. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 6. Illamående kommer och går snabbt (ej relaterat till måltid). | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 7. Känner mig sämre av att jag står upp, benen blir trötta och känns tunga. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 8. Trötthet och obehag i benen försvinner vid ben i högläge. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 9. Fingrar och tår domnar i kallt väder oavsett kläder. | 0 | 1 | 4 | 8 |

10. Kan inte känna smärta lika bra som tidigare eller har svårt att urskilja varmt och kallt.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

11. Kroppshår (på armar, händer, fingrar, ben och tår) har förtunnats eller försvunnit.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

12. Känner du att dina förmåga att fokusera, att ta beslut eller koncentrera dig har minskat?

___ Ja (8)

___ Nej (0)

Total poäng:

Del 6

Sektion A

1. Intresset för saker du normalt bryr dig om som familjen, vänner, arbete eller hobbies har minskat. 0 1 4 8
2. Gråter du? 0 1 4 8
3. Känns livet helt hopplöst? 0 1 4 8
4. Skulle du beskriva dig själv som olycklig och ledsen? 0 1 4 8
5. Har du svårt att göra det bästa av svåra situationer? 0 1 4 8
6. Sömnproblem? För lite eller för mycket? 0 1 4 8
7. Förändringar i din aptit eller vikt?
___ Ja (8)
___ Nej (0)
8. Du har på sistone noterat en minskad förmåga att tänka klart och att kunna koncentrera dig.
___ Ja (8)
___ Nej (0)
9. Svårigheter i att ta beslut och/eller klar göra och nå dina mål.
___ Ja (8)
___ Nej (0)

Total poäng:

Sektion B

- | | |
|---|---------|
| 1. Är du orolig? | 0 1 4 8 |
| 2. Går saker dig på nerverna och tar energi? | 0 1 4 8 |
| 3. Upplever du dig själv som en nervös person? | 0 1 4 8 |
| 4. Blir du lätt upprörd? | 0 1 4 8 |
| 5. Skakar och darrar du? | 0 1 4 8 |
| 6. Är du stel och skakis? | 0 1 4 8 |
| 7. Skakar du och känner dig liten om någon skriker åt dig? | 0 1 4 8 |
| 8. Blir du rädd av snabba rörelser eller ljud under natten? | 0 1 4 8 |
| 9. Suckar du ofta? | 0 1 4 8 |
| 10. Vaknar du av mardrömmar? | 0 1 4 8 |
| 11. Kommer obehagliga tankar ofta tillbaka? | 0 1 4 8 |
| 12. Blir du plötsligt rädd utan anledning? | 0 1 4 8 |
| 13. Får du kallsvettningar? | 0 1 4 8 |
| 14. "Fjärilar i magen", illamående och/eller diarré. | 0 1 4 8 |

Total poäng:

Sektion C

- | | |
|--|---------|
| 1. Känner du dig upp stressad och redo att explodera? | 0 1 4 8 |
| 2. Har du lätt för att bli högljud och få emotionella utbrott? | 0 1 4 8 |
| 3. Är du impulsiv? | 0 1 4 8 |
| 4. Brusar du lätt upp och blir lätt irriterad ? | 0 1 4 8 |
| 5. Bryter du ihop om du inte kontrollerar dig själv? | 0 1 4 8 |
| 6. Krävs det lite för att saker ska gå dig på nerverna och göra dig arg? | 0 1 4 8 |
| 7. Blir du arg när någon säger åt dig vad du ska göra? | 0 1 4 8 |
| 8. Blir du förbannad när du inte får som du vill med en gång? | 0 1 4 8 |

Total poäng:

Del 7

Sektion A

- | | |
|--|---------|
| 1. Ögonen rinner eller tårar lätt. | 0 1 4 8 |
| 2. Slem från ögonen. | 0 1 4 8 |
| 3. Öron ömmar, kliar eller känns igen täppta. | 0 1 4 8 |
| 4. Sekret från öronen. | 0 1 4 8 |
| 5. Är du konstant täppt i näsan? | 0 1 4 8 |
| 6. Har du lätt för att snarka högt? | 0 1 4 8 |
| 7. Rinner din näsa? | 0 1 4 8 |
| 8. Näsblod. | 0 1 4 8 |
| 9. Hes röst. | 0 1 4 8 |
| 10. Måste du harkla, rengöra halsen? | 0 1 4 8 |
| 11. Känner du en besvärande klump i halsen? | 0 1 4 8 |
| 12. Får du kraftiga förkylningar? | |
| ___ Ja (8) | |
| ___ Nej (0) | |
| 13. Känner du ett elände med frekventa förkylningar, vintertid? | |
| ___ Ja (8) | |
| ___ Nej (0) | |
| 14. Influensasymptom i mer än 5 dagar? | |
| ___ Ja (8) | |
| ___ Nej (0) | |
| 15. Sprider sig infektioner lätt till lungorna? | |
| ___ Ja (8) | |
| ___ Nej (0) | |
| 16. Obehag eller smärta i bröstet? | 0 1 4 8 |
| 17. Upplever du plötsliga svårigheter att andas? | 0 1 4 8 |
| 18. Har du problem med andfåddhet? | 0 1 4 8 |
| 19. Problem med utandningen? | 0 1 4 8 |
| 20. Andnöd följt av hosta under ansträngning oavsett belastning. | 0 1 4 8 |
| 21. Svårigheter att andas komfortabelt i liggläge. | 0 1 4 8 |
| 22. Hostar du upp en massa slem? | 0 1 4 8 |

23. Kan du höra skramlande, pipande ljud vid ut/inandning? 0 1 4 8
24. Har du besvärande hosta? 0 1 4 8
25. Har du ett högt visslande ljud vid in/utandning? 0 1 4 8
26. Har du kraftiga svettningar under natten? 0 1 4 8
27. Har dina läppar och/eller dina naglar en blå nyans? 0 1 4 8
28. Är du sömning under dagen? 0 1 4 8
29. Har du svårt att koncentrera dig? 0 1 4 8
30. Ögon, öron, näsa, hals- och lungsymptom verkar relaterade till livsmedel så som mjölkprodukter och gluten.
___ Ja (8)
___ Nej (0)
31. Ögon, öron, näsa, hals- och lungsymptom verkar årstidsrelaterade.
___ Ja (8)
___ Nej (0)

Total poäng:

Del 8

Sektion A

1. Ofrivilligt urinläckage vid hosta eller tunga lyft. 0 1 4 8
2. Lindrig värk eller smärta i ländryggen. 0 1 4 8
3. Smärta eller värk i buken. 0 1 4 8
4. Brännande känsla eller smärta när du urinerar. 0 1 4 8
5. Sällan behov av att urinera. 0 1 4 8
6. Har behov av att urinerar mindre än varannan timme under dag och natt. 0 1 4 8
7. Starkt luktande urin. 0 1 4 8
8. Ben- eller ryggsmärtor är associerat till mindre droppande läckage efter urinering. 0 1 4 8
9. Ömma och smärtsamma könsorgan. 0 1 4 8
10. Urinen har en rosa färg. 0 1 4 8
11. Plötsligt behov av ofrivillig urinering. 0 1 4 8
12. Generell känsla av att kroppen samlar på sig vatten. 0 1 4 8

Total poäng:

Del 9

Sektion A

- | | |
|--|---------|
| 1. Kroppens samtliga ben känns ömtåliga, ömma eller smärtar. | 0 1 4 8 |
| 2. Lokaliserad bensmärta. | 0 1 4 8 |
| 3. Händer, fötter eller hals blir öm, får spasm eller blir tigt. | 0 1 4 8 |
| 4. Svårigheter att sitta rakt. | 0 1 4 8 |
| 5. Smärta i övre delen av ryggen. | 0 1 4 8 |
| 6. Smärta i nedre delen av ryggen. | 0 1 4 8 |
| 7. Smärta vid sittande eller gående. | 0 1 4 8 |
| 8. Har noterat att jag favoriserar ett ben eller haltar ibland. | 0 1 4 8 |
| 9. Smalbenen smärtar under eller efter träning. | 0 1 4 8 |

Total poäng:

Sektion B

- | | |
|--|---------|
| 1. Är du stel på morgonen när du vaknar? | 0 1 4 8 |
| 2. Svårigheter att böja dig ner och plocka upp saker från golvet? | 0 1 4 8 |
| 3. Svullnader i leder, smärta eller stelhet i ett eller flera områden (fingrar, händer, vristar, armbågar, axlar, tår, knän, fötter och handleder) | 0 1 4 8 |
| 4. Leder smärtar vid rörelse eller vid tyngre lyft. | 0 1 4 8 |
| 5. Rutinmässig träning, som en daglig promenad, leder till att dina knän sväller upp eller gör ont. | 0 1 4 8 |
| 6. Svårigheter att öppna burklock, som tidigare inte var några problem. | 0 1 4 8 |
| 7. Obehag, domningar, stickande känsla eller smärta i nacke, axlar eller armar. | 0 1 4 8 |
| 8. Upprepande smärta eller obehag på en sida av huvudet som sprider sig till kinden, nedre käken, örat, nacke och axel. | 0 1 4 8 |
| 9. Svårigheter att tugga mat eller öppna munnen. | 0 1 4 8 |
| 10. Svårigheter att ställa sig upp från sittande. | 0 1 4 8 |
| 11. Bultande, stickande, molande smärta längs med baksidan av benet. | 0 1 4 8 |

12. Svårigheter att sträcka dig efter ett föremål på 2-3 kg precis ovanför huvudet?

___ Ja (8)

___ Nej (0)

13. Skadar, stukar eller vrickar du dig lätt?

___ Ja (8)

___ Nej (0)

Total poäng:

Sektion C

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Muskelstelhet, öm, spänd och/eller smärta. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 2. Brännande, bultande, huggande muskelsmärta. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 3. Muskelkramper eller spasm (ofrivilliga eller efter ansträngning/träning) | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 4. Upplevs muskel stelheten eller smärtan vara värre på morgonen än under andra tider under dygnet? | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 5. Specifika ställen på kroppen känns ömma vid tryck. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 6. Känner mig inte utvilad när jag vaknar. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 7. Huvudvärk. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 8. Känner smärta på sidan av huvudet eller kring ansiktet, speciellt när jag vaknar. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 9. Från käken hörs "pop" eller klickljud. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 10. Muskelryckningar i ögonlock, tummar, vadmuskler. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 11. Oemotståndligt behov att röra benen. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 12. Benen rör sig när du sover. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 13. Obehaglig krypande känsla i vaderna i liggläge. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 14. Hand- och vristdomningar eller smärta (hindrar ditt skrivande, knäppning eller att ta av dig kläderna) | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 15. Känsla av "stift och nålar" i tummen och dina tre första fingrar. | 0 | 1 | 4 | 8 |
| 16. Smärta i underarmen och ibland i axeln. | 0 | 1 | 4 | 8 |

Total poäng:

Del 10

Sektion A

1. Huvudet känns tungt. 0 1 4 8
2. Yrsel. 0 1 4 8
3. Svårigheter att böja dig framåt, ställa dig upp från sittande, rulla från ena sidan till den andra och/eller vrida huvudet från sida till sida. 0 1 4 8
4. Dina händer darrar väldigt lätt, utan direkt anledning. 0 1 4 8
5. Dina fötter känns väldigt tunga, det känns som om du bär extra vikt, när du går. 0 1 4 8
6. Du snubblar in i saker, ramlar och känner dig klumpig. 0 1 4 8
7. Svårt att andas. 0 1 4 8
8. Svårt att svälja. 0 1 4 8
9. Folk ber dig höja rösten för de har svårt att höra vad du säger. 0 1 4 8
10. Prata och formulera ord känns inte naturligt, går inte på automatik. 0 1 4 8
11. Behöver 10-12 timmar sömn för att känna dig utvilad. 0 1 4 8
12. Saknar styrka/kraft (styrkan i greppet är försämrat, att hålla huvudet eller lyfta armarna tar kraft). 0 1 4 8
13. Dina händer blir trötta från skrivande, din handstil är mindre läsbar och mindre än den brukar vara.
___ Ja (8)
___ Nej (0)
14. Musklerna i armarna och benen känns mjukare och mindre.
___ Ja (8)
___ Nej (0)
15. Är din syn, ditt luktsinne och din smak och hörsel inte lika bra som det brukar vara?
___ Ja (8)
___ Nej (0)
16. Känns det som om du rör dig långsammare än tidigare?
___ Ja (8)
___ Nej (0)

Total poäng:

Sektion B

- | | |
|--|---------|
| 1. Svårt att ta in ny information. | 0 1 4 8 |
| 2. Har en tendens att glömma saker. | 0 1 4 8 |
| 3. Problem att tänka eller koncentrera mig. | 0 1 4 8 |
| 4. Lätt distraherad. | 0 1 4 8 |
| 5. Har du tendens till att lätt bli frustrerad. | 0 1 4 8 |
| 6. Svårigheter att sitta still längre stunder, även under middagen. | 0 1 4 8 |
| 7. Att slutföra saker är lättare sagt än gjort! | 0 1 4 8 |
| 8. Har du mer problem än normalt att lösa problem eller hantera din tid? | 0 1 4 8 |
| 9. Låg tolerans för stress och vardagliga problem. | 0 1 4 8 |

Total poäng:

Del 11–Endast Män

- | | |
|---|---------|
| 1. En känsla av att urinblåsan inte töms ordentligt. | 0 1 4 8 |
| 2. Behöver urinera igen, mindre än 2 timmar efter senaste urinationen. | 0 1 4 8 |
| 3. Du behöver stoppa och börja igen ett flertal gånger under urinationen. | 0 1 4 8 |
| 4. Har svårt att hålla dig. | 0 1 4 8 |
| 5. Har en svag urinstråle. | 0 1 4 8 |
| 6. Måste trycka alternativt dra för att börja urinera. | 0 1 4 8 |
| 7. Det droppar efter urinationen. | 0 1 4 8 |
| 8. Urinerar ett flertal gånger under natten. | 0 1 4 8 |

Total poäng:

Del 12–Endast Kvinnor (menopausala kvinnor kan hoppa till sektion E and F)

Sektion A

Upplever du, kontinuerligt, några av följande symptom från 3 dagar till 2 veckor innan menstruation?

A.

1. Ängslig, irriterad eller rastlös?

___ Ja (8)

___ Nej (0)

2. Domningar, stickningar i händer och fötter.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

3. Lätt att bli arg, bitter.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

B.

5. Svullen över magen och andra delar av kroppen.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

6. Tillfällig viktökning.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

7. Ömtåliga bröst, svullnad.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

8. Tillfälliga knölar i bröstet.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

9. Vätska från bröstvärtor.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

10. Illamående och/eller kräkningar.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

11. Diarré eller förstoppning.

Ja (8)

Nej (0)

12. Värk och smärtor.

Ja (8)

Nej (0)

C.

13. Sockersug.

Ja (8)

Nej (0)

14. Ökad aptit eller hetsätning.

Ja (8)

Nej (0)

15. Huvudvärk.

Ja (8)

Nej (0)

16. Blir lätt överväldigad, skakis eller klumpig.

Ja (8)

Nej (0)

17. Kraftigt bultande hjärta.

Ja (8)

Nej (0)

18. Yrsel eller avsvimning.

Ja (8)

Nej (0)

D.

19. Glömsk och förvirrad till den grad att jobbet blir lidande.

__ Ja (8)

__ Nej (0)

20. Överväldigad av känslor som att inte räckta till och sorg.

__ Ja (8)

__ Nej (0)

21. Svårigheter att sova eller somna.

__ Ja (8)

__ Nej (0)

22. Börjar med självförstörande beteenden.

__ Ja (8)

__ Nej (0)

Total poäng:

Sektion B

Upplever du några av följande symptom under din menstruation?

1. Kramper i nedre delen av magen eller bäckenområdet?

__ Ja (8)

__ Nej (0)

2. Smärtan i nedre delen av magen är skarp eller oskarp och återkommande.

__ Ja (8)

__ Nej (0)

3. Svullen mage och en mättnadskänsla i magen.

__ Ja (8)

__ Nej (0)

4. Diarré eller förstoppning.

__ Ja (8)

__ Nej (0)

5. Illamående och/eller kräkningar.

__ Ja (8)

__ Nej (0)

6. Värk i ländryggen och/eller benen.

__ Ja (8)

__ Nej (0)

7. Huvudvärk.

Ja (8)

Nej (0)

8. Tröttare än vanligt (sover middag) vilket leder till uteblivet arbete.

Ja (8)

Nej (0)

9. Ömma och svullna bröst.

Ja (8)

Nej (0)

10. Knappa blödningar (minimala)

Ja (8)

Nej (0)

Total poäng:

Sektion C

1. Smärta eller svårigheter vid samlag. 0 1 4 8

2. Smärta i nedre del av magen, ryggen och vagina under hela månaden. 0 1 4 8

3. Bäckens tryck eller värk när du sätter dig eller ställer dig upp,
som underlättar när du lägger dig ner. 0 1 4 8

4. Vaginala blödningar utöver din menstruation. 0 1 4 8

5. Smärtsamma tarmtömningar. 0 1 4 8

6. Svårigheter att urinera. 0 1 4 8

7. Onormala vaginala flytningar. 0 1 4 8

8. Starkt illaluktande vaginala flytningar. 0 1 4 8

9. Vaginal klåda och sveda (relaterat till samlag eller inte). 0 1 4 8

10. Värken under menstruationen blir progressivt värre.

Ja (8)

Nej (0)

11. Tungta blödningar och långvarig menstruation.

Ja (8)

Nej (0)

12. Kan inte bli gravid.

Ja (8)

Nej (0)

Total poäng:

Sektion D

1. Utebliven mens i perioder om minst 6 månader.
 Ja (8)
 Nej (0)
2. Oregelbunden mens (3-6 gånger/år)
 Ja (8)
 Nej (0)
3. Kraftiga blödningar under menstruationen. 0 1 4 8
4. Menstruella blödningar innehåller blodproppar och vävnad. 0 1 4 8
5. Blödningar mellan de menstruella perioderna förekommer regelbundet. 0 1 4 8
6. De menstruella perioderna sker oftare än vad 35:e dag.
 Ja (8)
 Nej (0)
7. Intensiva, övre magsmärter i flera timmar, i samband med ägglossning (circa dag 14 i din menscykel). 0 1 4 8
8. Blödningar i samband med ägglossning (circa dag 14 i din menscykel). 0 1 4 8
9. Magsmärter varje månad utan menstruala blödningar. 0 1 4 8
10. Rikligt med livmoderhalssekret. 0 1 4 8
11. Acne och/eller fet hy. 0 1 4 8
12. Överväldigande behov av samlag. 0 1 4 8
13. Aggressiva känslor. 0 1 4 8
14. Intensiv växt av mörkt ansikts- och/eller kroppshår.
 Ja (8)
 Nej (0)
15. Dåligt luktsinne.
 Ja (8)
 Nej (0)
16. Allt mer mörkare röst.
 Ja (8)
 Nej (0)
17. Förminskning av bröstet.
 Ja (8)
 Nej (0)

18. Försvinnande hårfäste.

___ Ja (8)

___ Nej (0)

Total poäng:

Sektion E

- | | |
|--|---------|
| 1. Vaginala flytningar. | 0 1 4 8 |
| 2. Vaginala flytningarna är vattniga och tunna. | 0 1 4 8 |
| 3. Vaginal torrhet. | 0 1 4 8 |
| 4. Obekvämt med samlag. | 0 1 4 8 |
| 5. Låg sexlust. | 0 1 4 8 |
| 6. Svullna bröst. | 0 1 4 8 |
| 7. Ömhet i bröstet. | 0 1 4 8 |
| 8. Svårighet att få orgasm. | 0 1 4 8 |
| 9. Vaginala blödningar efter samlag. | 0 1 4 8 |
| 10. Uteblir den menstruella perioden?
___ Ja (8)
___ Nej (0) | |
| 11. Din menstruella period varierar i dagar från månad till månad samt att antal dagar med blödning blir färre.
___ Ja (8)
___ Nej (0) | |

Total poäng:

Sektion F

- | | |
|--|---------|
| 1. Känsla av välbefinnande kommer och går under dagen utan känd anledning. | 0 1 4 8 |
| 2. Plötsliga blodvallningar. | 0 1 4 8 |
| 3. Spontana svettningar. | 0 1 4 8 |
| 4. Frossa. | 0 1 4 8 |
| 5. Kalla händer och fötter. | 0 1 4 8 |
| 6. Hjärtat slår snabbt och känns som att det fladdrar. | 0 1 4 8 |

- | | |
|---|---------|
| 7. Domnande och stickande sensationer. | 0 1 4 8 |
| 8. Yrsel. | 0 1 4 8 |
| 9. Mental oklarhet, glömsk och distraherad. | 0 1 4 8 |
| 10. Koncentrationssvårigheter. | 0 1 4 8 |
| 11. Depression, orolighet, nervositet och/eller irriterad. | 0 1 4 8 |
| 12. Sömn svårigheter. | 0 1 4 8 |
| 13. Medveten om nya känslor av ilska och frustration. | 0 1 4 8 |
| 14. Hud, hår, vagina och/eller ögon känns torra. | 0 1 4 8 |
| 15. Menstruationen upphörde för 6 månaders sen, trots detta upplever du lite vaginala blödningar. | |
| ___ Ja (8) | |
| ___ Nej (0) | |

Total poäng:

Vänligen markera med ett "X" var någonstans på kroppen du känner smärta, svullnad eller obehag. Alternativt områden på huden som har ändrat färg eller utseende (utslag eller eksem). Beskriv vad du känner med egna ord:

