



Takk for at du møtte til HUNT4. Du har fått dette skjemaet fordi du har svart ja på ett eller flere spørsmål om ledd- eller muskelplager.

- **VENNLIGST FYLL UT SKJEMAET**
- **LEGG DET I SVARKONVOLUTTEN**
- **POST DET SNAREST MULIG**
- **PORTO ER BETALT**

Vennlig hilsen
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag
Telefon 74 07 51 80 / e-post hunt@medisin.ntnu.no

LES DETTE FØR DU STARTER

Skjemaet skal leses maskinelt.
Følg derfor disse instruksjonene:

- Bruk svart/blå kulepenn eller en god blyant.
- Kryss av slik:
- Krysser du feil, fyller du hele feltet med farge, slik: Sett så kryss i rett felt.
- Sett bare ett kryss for hvert spørsmål om ikke annet er oppgitt.
- Bruk hele tall når du fyller inn antall år eller antall ganger, slik:

1 Hvor gammel var du da du fikk leddplager for første gang? år gammel

2 Har en lege sagt at du har følgende diagnoser? I så fall, hvor gammel var du første gang?

	Nei	Ja	Alder første gang?
Revmatoid artritt/leddgikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> år gammel
Psoriasis artritt/psoriasisleddgikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> år gammel
Bekhterevs/ankyloserende spondylitt/spondylartritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> år gammel
Slitasjegikt/artrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> år gammel
Fibromyalgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> år gammel
Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> år gammel
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> år gammel

SKADER OG OPERASJONER

3 Har du hatt brudd eller skader i området hvor du nå har plager? Nei Ja

4 Er du operert i ryggen? Nei Ja

5 Har dine søsken, foreldre eller barn følgende sykdommer? Nei Ja

Revmatoid artritt/leddgikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis eller psoriasisleddgikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekhterevs/ankyloserende spondylitt/spondylartritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Hvor mange ganger har du vært hos revmatolog eller revmatologisk sykepleier?

Aldri	<input type="checkbox"/>
1-5 ganger	<input type="checkbox"/>
6-10 ganger	<input type="checkbox"/>
Mer enn 10 ganger	<input type="checkbox"/>

7 Har du brukt disse medisinene? Nei Ja

Prednisolon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methotrexat, Metex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remicade, Remsima, Inflectra, Infliximab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salazopyrin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humira, Adalimumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enbrel, Benapali, Etanercept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MabThera, Rituximab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cimzia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simponi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RoActemra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



INTENSITET AV PLAGER

8 For hvert av punktene nedenfor, sett kryss i boksen som passer best for deg.

Hvor intense har leddplagene dine vært de siste seks månedene?

Ingen Svært intense

Hvor intense er leddsmertene dine i dag?

Ingen Svært intense

Hvor mye er du plaget i dag av ømme eller hovne ledd?

Ingen Svært mye

Hvordan vil du beskrive din generelle helsetilstand i dag?

Utmerket Svært dårlig

I hvor stor grad er du plaget av utmattelse eller tretthet?

Ingen Svært mye

Hvor mye smerter har du i nakke, rygg eller hofter?

Ingen Svært mye

Hvis du får vondt ved trykk eller berøring i en del av kroppen, hvor sterke er smertene?

Ingen Svært sterke

Hvor mye leddstivhet har du når du våkner om morgenen?

Ingen Svært mye

Hvis du har morgenstivhet, hvor lenge varer den fra det tidspunktet du våkner?

0 timer 2 timer eller mer

9 Hvordan har din fysiske funksjon vært den siste uken?

	Klarer uten problem	Klarer med litt problemer	Klarer med store problemer	Klarer ikke
Kle på deg, inkludert skolisser og knapper.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stå opp av senga.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Løfte et fullt glass med vann til munnen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå utendørs på flat grunn som ikke er glatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaske og tørke hele kroppen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bøye deg og ta opp noe fra gulvet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åpne et syltetøyglass med skrulokk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå inn og ut av en bil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>