

Personnummer (11 sifre)

Dato for innhenting av opplysninger

å å å å m m d d

Medisinske opplysninger

Røyk Røyker nå

Har røkt, men sluttet

Aldri røkt

Vet ikke

Yrkesstatus

Fullt arbeid/ student

Sykemeldt (fullt eller gradert)

Uførepensjon (fullt eller gradert)

Arbeidsavklaring

Alderspensjon

Arbeidsledig

Status helsetilstand

Antall smertefulle byller siste 4 uker

Hvor smertefull var byllen som plaget deg mest?

0 5 10

Hvor mye plaget er du av din hudsykdom totalt sett nå?

0 5 10

Hvor mye plaget er du fra din hudsykdom i høyre armhule?

0 5 10

Hvor mye plaget er du fra din hudsykdom i venstre armhule?

0 5 10

Hvor mye plaget er du fra din hudsykdom i høyre lyske?

0 5 10

Hvor mye plaget er du fra din hudsykdom i venstre lyske?

0 5 10

Andre lokalisasjoner?

0 5 10

Livskvalitet (pasientens egen vurdering)

Formålet med dette spørreskjemaet er å vurdere i hvilken grad hudproblemene dine har påvirket din livssituasjon I LØPET AV DEN SISTE UKEN. Vennligst sett en hake i en av boksene for hvert spørsmål.

1	I hvilken grad har du hatt kløe, sårhet, smerte eller sviing i huden den siste uken?	Veldig mye	<input type="checkbox"/>
		Mye	<input type="checkbox"/>
		Lite	<input type="checkbox"/>
		Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/>
2	I hvilken grad har du følt deg brydd eller forlegen p.g.a. huden din den siste uken?	Veldig mye	<input type="checkbox"/>
		Mye	<input type="checkbox"/>
		Lite	<input type="checkbox"/>
		Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/>
3	I hvilken grad har huden din hindret deg i å gå i butikker eller gjøre hus- eller hagearbeide den siste uken?	Veldig mye	<input type="checkbox"/>
		Mye	<input type="checkbox"/>
		Lite	<input type="checkbox"/>
		Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/>
		Ikke aktuelt	<input type="checkbox"/>
4	I hvilken grad har huden din påvirket klesvalget ditt den siste uken?	Veldig mye	<input type="checkbox"/>
		Mye	<input type="checkbox"/>
		Lite	<input type="checkbox"/>
		Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/>
		Ikke aktuelt	<input type="checkbox"/>
5	I hvilken grad har huden din hatt innvirkning på ditt sosiale liv eller dine fritidsaktiviteter den siste uken?	Veldig mye	<input type="checkbox"/>
		Mye	<input type="checkbox"/>
		Lite	<input type="checkbox"/>
		Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/>
6	I hvilken grad har huden din gjort det vanskelig for deg å utføre sportslige aktiviteter den siste uken?	Veldig mye	<input type="checkbox"/>
		Mye	<input type="checkbox"/>
		Lite	<input type="checkbox"/>
		Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/>
7	Har huden din forhindret deg i å arbeide eller å studere den siste uken?	Ja	<input type="checkbox"/>
		Nei	<input type="checkbox"/>
		Ikke aktuelt	<input type="checkbox"/>
		Hvis «Nei», hvor mye problemer har du hatt p.g.a. huden når du har arbeidet eller studert den siste uken?	Veldig mye
Mye	<input type="checkbox"/>		
Lite	<input type="checkbox"/>		
Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/>		
8	I hvilken grad har huden din skapt problemer i forhold til partneren din eller noen av dine nærmeste venner eller slektninger den siste uken?	Veldig mye	<input type="checkbox"/>
		Mye	<input type="checkbox"/>
		Lite	<input type="checkbox"/>
		Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/>
9	I hvilken grad har huden din ført til seksuelle problemer for deg den siste uken?	Veldig mye	<input type="checkbox"/>
		Mye	<input type="checkbox"/>
		Lite	<input type="checkbox"/>
		Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/>
10	I hvilken grad har behandlingen av huden din vært et problem for deg den siste uken? f.eks ved å tilgrise hjemmet ditt, eller ved at det har tatt mye av din tid?	Veldig mye	<input type="checkbox"/>
		Mye	<input type="checkbox"/>
		Lite	<input type="checkbox"/>
		Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/>
		Ikke aktuelt	<input type="checkbox"/>



Fornøydhet med behandlingen

Hvor fornøyd er du med behandlingen som ble gitt på sykehuset?

Ja Nei Vet ikke

(Sett kun ett kryss)

- Fornøyd
- Litt fornøyd
- Hverken fornøyd eller misfornøyd
- Litt misfornøyd
- Misfornøyd

Ville du takket ja til samme behandling på nytt?

Ville du anbefalt behandlingen til et familiemedlem eller en nær venn?

Ved medisinske behandling

Ja Nei

Bruker du fremdeles den igangsatte behandlingen?

Hvis Ja:

Fortsatt i samme dose

Redusert dose

Økt dose

Hvis Nei:

Ble behandlingen avsluttet.....?

a) på grunn av manglende effekt?

b) på grunn av alvorlig bivirkning ?

Hvis Ja, hvilken?

- Pustevansker Diare
- Oppkast eller magesmerter Hodepine
- Annen allergisk reaksjon

Kirurgiske komplikasjoner (kun etter 6 mnd)

Ja Nei Vet ikke

Oppstod det behandlingstrengende **infeksjon** i såret?

Oppstod det **forsinket tilheling** av såret, det vil si at såret ikke var lukket etter 3 måneder?

Opplever du at operasjonsarr gir **smerte** eller **funksjonshemming**?

Har du opplevd **nummenhet, prikking, stikking** eller **smarter** ved berøring i arrområdet?

Har du fått diagnostisert **sepsis** (blodforgiftning) som ble behandlet med antibiotika?

Oppstod det behandlingstrengende **blødning** etter operasjonen?

Har du opplevd andre **komplikasjoner/-bivirkninger** etter operasjonen?

Hvis Ja, hvilke ?
