

Spørreskjema - Svimmelhet/vertigo

Generelle opplysninger

Navn: _____

Dato for utfyllelse: _____

Fødselsdato: _____

1 Sivilstatus

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gift | <input type="checkbox"/> Ugift | <input type="checkbox"/> Registrert partner | <input type="checkbox"/> Enke/enkemann |
| <input type="checkbox"/> Separert | <input type="checkbox"/> Samboer | <input type="checkbox"/> Annen sivilstatus | <input type="checkbox"/> |

2 Yrkesstatus

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ikke sysselsatt | <input type="checkbox"/> Lønnskuttaker | <input type="checkbox"/> Selvstendig næringsdrivende |
|--|--|--|

3 Sykefravær/uførhet de siste 30 dager

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ikke hatt sykefravær | <input type="checkbox"/> Noe sykefravær |
| <input type="checkbox"/> En del sykefravær (50% eller mer) | |
| <input type="checkbox"/> Fullt sykemeldt/ufør siste 30 dager | |

Årsaker til eventuelt sykefravær

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Svimmelhet | <input type="checkbox"/> Andre årsaker |
|-------------------------------------|--|

4 Tidligere sykdommer diagnostisert av lege

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krystallsyke | <input type="checkbox"/> Spenningshodepine | <input type="checkbox"/> Hjernesvulst | <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk |
| <input type="checkbox"/> Borrelia | <input type="checkbox"/> Migrene | <input type="checkbox"/> Hjertesykdom | <input type="checkbox"/> Lavt stoffskifte |
| <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> Hodeskade | <input type="checkbox"/> Hjernehinnebetennelse | <input type="checkbox"/> Benskjørhet |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hjerneslag | <input type="checkbox"/> Virus på balansenerven | <input type="checkbox"/> Ryggoperert |
| <input type="checkbox"/> Blodpropp | <input type="checkbox"/> Nerveskade i bena | <input type="checkbox"/> Menières sykdom | <input type="checkbox"/> Svulst på
balansenerven |

5 Medisiner du bruker

Svimmelhet og hørsel

Om du ikke er plaget med svimmelhet er du ferdig med å fylle ut spørreskjema

1	Svimmelhet (fyller ut hvis du har eller har hatt plager med svimmelhet)		
	<input type="checkbox"/> Er du ikke svimmel, gå til spm 2		
A	Hvordan begynte svimmelhetsplagene?	<input type="checkbox"/> Plutselig/akutt	<input type="checkbox"/> Gradvis/snikende
B	Når begynte svimmelhetsplagene? (angi så nøyaktig som mulig: dd.mm.år)_____		
C	Utløsende årsak?	<input type="checkbox"/> Hodeskade <input type="checkbox"/> Hodebevegelse	<input type="checkbox"/> Infeksjonssykdom <input type="checkbox"/> Annen sykdom
			<input type="checkbox"/> Stress/psykisk påkjenning <input type="checkbox"/> Ingen åpenbar årsak
	<input type="checkbox"/> Annet	_____	
D	Forløp	<input type="checkbox"/> Kun ett anfall(eller en periode) <input type="checkbox"/> Flere korte anfall (sekunder) <input type="checkbox"/> Flere lengre anfall (>20 minutter)	<input type="checkbox"/> Flere perioder <input type="checkbox"/> Konstant svimmelhet
E	Type svimmelhet		
	<input type="checkbox"/> Karusell (alt går rundt)	<input type="checkbox"/> Nær besvimelse <input type="checkbox"/> Båtdekk (alt gynger)	<input type="checkbox"/> Ustø, dårlig balanse
	<input type="checkbox"/> Annet (forklar)	e _____	
F	Symptomer som ledsager svimmelhet?		
	<input type="checkbox"/> Svimmel når du legger deg ned eller snur deg i sengen	<input type="checkbox"/> Svimmelhet ved trykk (neseputting, toalettbesøk)	
	<input type="checkbox"/> Svimmelhet utløst av fysisk anstrengelse		
	<input type="checkbox"/> Svimmelhet utløst av migrene		

2	Hørselstap og øresus	
A	<input type="checkbox"/> Redusert hørsel ett øre	<input type="checkbox"/> Redusert hørsel begge ører
B	<input type="checkbox"/> Øresus ett øre	<input type="checkbox"/> Øresus begge ører

Vanskeligheter på grunn av svimmelhet (DHI)

Vi ber deg om å lese instruksjonene nøye: Hensikten med dette skjemaet er å identifisere vanskeligheter du kan oppleve (på grunn av din svimmelhet eller ustøhet). Vennligst besvar hvert spørsmål med «ja», «nei», «noen ganger». Besvar hvert spørsmål sett ut fra at det bare er forbundet med ditt svimmelhets- eller ustøhetsproblem.

Nr	Spørsmål	Ja	Nei	Noen ganger
1.	Øker problemet ditt når du ser opp?			
2.	Føler du deg frustrert på grunn av problemet ditt?			
3.	Begrenser du reising i jobb eller fritid på grunn av problemet ditt?			
4.	Øker problemet ditt når du går mellom reolene i et supermarked?			
5.	Har du vansker med å komme inn eller ut av sengen på grunn av problemet ditt?			
6.	Hemmer ditt problem deg i betydelig grad fra å delta i sosiale aktiviteter som å gå ut på middag, kino, dans eller selskap?			
7.	Har du vansker med å lese på grunn av problemet ditt?			
8.	Øker problemet ditt når du utfører mer ambisiøse aktiviteter som sport, dans og husarbeid som å feie gulv eller sette oppvasken på plass?			
9.	Er du redd for å gå hjemmefra uten å ha noen til å følge deg på grunn av problemet ditt?			
10.	Har du vært forlegen/flau foran andre på grunn av problemet ditt?			
11.	Øker problemet ditt når du snur fort på hodet?			
12.	Unngår du høyder på grunn av problemet ditt?			
13.	Øker problemet ditt når du snur deg i sengen?			
14.	Er det vanskelig for deg å utføre anstrengende husarbeid eller hagearbeid på grunn av problemet ditt?			
15.	På grunn av problemet ditt, er du redd for at folk kan tro du er (be)ruset?			
16.	Er det vanskelig for deg å gå på en tur alene på grunn av problemet ditt?			
17.	Øker problemet ditt når du går langs et fortau?			
18.	Er det vanskelig for deg å konsentrere deg på grunn av problemet ditt			
19.	Er det vanskelig for deg å gå rundt i huset ditt i mørket på grunn av problemet ditt?			
20.	Er du redd for å være alene hjemme på grunn av problemet ditt?			
21.	Føler du deg handikappet på grunn av problemet ditt?			
22.	Har problemet ditt vært belastende på ditt forhold til familiemedlemmer eller venner?			
23.	Er du deprimert på grunn av problemet ditt?			
24.	Forstyrrer problemet ditt deg i å ivareta dine forpliktelser i jobb eller hjemme?			
25.	Øker problemet ditt når du bøyer deg forover?			

Har du hatt plagene de siste 4 ukene?

Ja

Nei

Spørreskjema om svimmelhet (VSS-SF)

Vi ber deg om å lese instruksjonene nøye: Vi ønsker å vite hvilke svimmelhetssymptomer du har hatt **den siste måneden**. Hvert Spørsmål skal besvares ved å sette en ring rundt det tallet som passer best til dine opplevelser.

Nr	Hvor ofte har du i løpet av den siste måneden hatt følgende symptomer	Aldri	Noen ganger	Flere ganger	Ganske ofte (hver uke)	Veldig ofte (nesten hver dag)
1.	Følelsen av at du selv eller omgivelsene går rundt eller er i bevegelse, følelsen varer <u>mindre</u> enn 20 minutter.	0	1	2	3	4
2	Følt deg vekselvis varm eller kald.	0	1	2	3	4
3	Kvalme, kastet opp.	0	1	2	3	4
4	Følelsen av at du selv eller omgivelsene går rundt eller er i bevegelse, følelsen varer <u>over</u> 20 minutter.	0	1	2	3	4
5	Hjertebank	0	1	2	3	4
6	En følelse av å være svimmel eller desorientert og følelsen <u>varer hele dagen</u> .	0	1	2	3	4
7	Hodepine eller en følelse av trykk i hodet.	0	1	2	3	4
8	Ute av stand til å stå og gå uten støtte, går ustødig og trekker mot en side når du går.	0	1	2	3	4
9	Pustevansker, vært kortpustet.	0	1	2	3	4
10	En følelse av å være ustø, at du holder på å miste balansen, og følelsen varer <u>over</u> 20 minutter	0	1	2	3	4
11	Svettet veldig mye.	0	1	2	3	4
12	Følelsen av at du holder på å besvime	0	1	2	3	4
13	En følelse av å være ustø, at du holder på å miste balansen, og følelsen varer <u>mindre</u> enn 20 minutter.	0	1	2	3	4
14	Smerter i hjertet eller i brystregionen.	0	1	2	3	4
15	En følelse av å være svimmel eller desorientert som varer <u>mindre</u> enn 20 minutter	0	1	2	3	4