

**1. Kryssa för om du har:**

- Högt blodtryck       Hjärt-kärlsjukdom  
 Diabetes             Muskelsjukdom  
 Neurologisk sjukdom  Annat

**2. Är du:**

- Högerhänt             Vänsterhänt

**3. Vilken sida är skadad**

- Höger                     Vänster

**4. Är du sjukskriven**

- Nej                       Ja

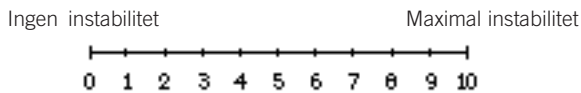
**5. Hoppar/glider Din axel ur led?**

- Nej                       Ja

**6. Är du mjuk i dina leder? Dvs ledöverrörlig.**

- Nej                       Ja

**7. Gradera på skalan hur lätt Din axel hoppar eller nästan glider ur led.**



**08. Yrke.....**

**09. Arbetar Du ovan axelnivå?**

- Nej  
 Ja, mindre än 25% av tiden  
 Ja, 25-50% av tiden  
 Ja, 50-75% av tiden  
 Ja, 75-100% av tiden

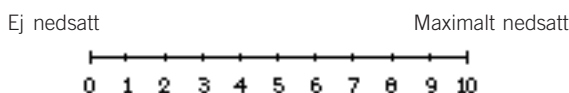
**10. Har Du ensidiga rörelser i Ditt nuvarande arbete som är påfrestande för axlarna?**

- Nej  
 Ja, mindre än 25% av tiden  
 Ja, 25-50% av tiden  
 Ja, 50-75% av tiden  
 Ja, 75-100% av tiden

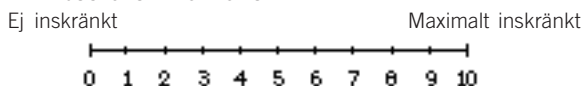
**11. Markera på vilken nivå Du kan arbeta, utan att få besvär från Din sjuka axel.**

- Upp till midjenivå  
 Upp till mellangärdet  
 Upp till nyckelbenet  
 Upp till hjässan  
 Ovan hjässan

**12. Gradera på skalan hur mycket Din arbetsförmåga är nedsatt pga Dina besvär från axeln.**



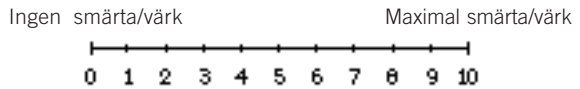
**13. Gradera på skalan hur mycket Dina idrotts- och fritidsaktiviteter är inskränkta pga besvärerna från axeln.**



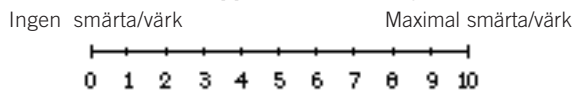
Namn: .....

Personnr: .....

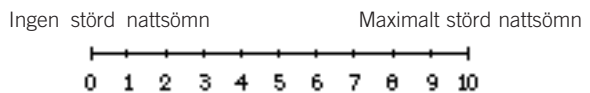
**14. Gradera på skalan, den värsta smärta och värk Du kan uppleva från Din sjuka axel under normala aktiviteter; vare sig det gäller arbetet, idrott och fritid eller vila och sömn.**



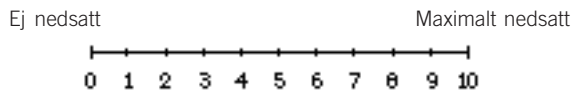
**15. Gradera på skalan, den minsta smärta och värk Du kan uppleva från Din sjuka axel.**



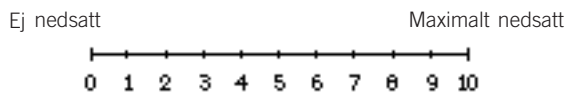
**16. Markera på skalan graden av störd nattsömn, som är orsakad av Din sjuka axel.**



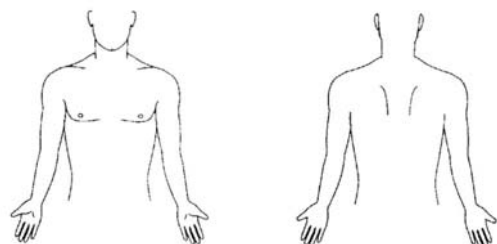
**17. Gradera på skalan hur mycket Din kraft/styrka är nedsatt pga besvärerna från axeln.**



**18. Gradera Din nuvarande totala axelfunktion i den sjuka axeln; dvs en sammanfattning av hur Din axel fungerar i arbetet, under idrott och fritid, såväl dag som natt.**



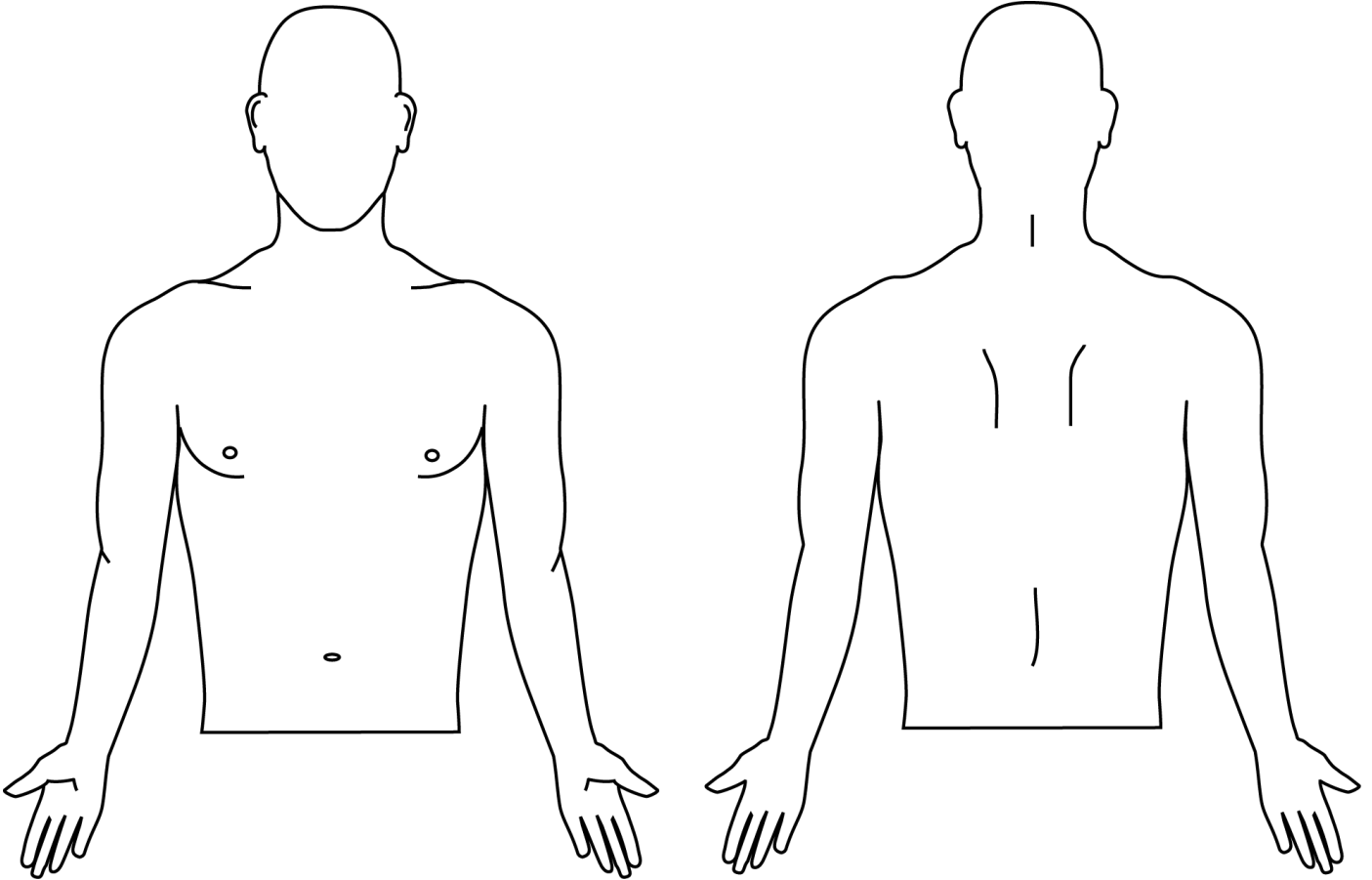
Fyll i smärtgubben på nästa sida



Namn: \_\_\_\_\_

Personnr: \_\_\_\_\_

DATUM \_\_\_\_\_



Var någonstans gör det mest ont? Ringa in med en penna på de delar som gör mest ont. Skriv inga kommentarer.

Har du domningar i samma hand som den axel som gör ont? Vilka fingrar ?

20. Kryssa för vilka undersökningar som tidigare är utförda för dina axelproblem?

- Magnetkameraundersökning
- Ultraljudsundersökning
- Röntgenundersökning
- Datortomografiundersökning

21. Kryssa i om du fått någon av dessa behandlingar för dina axelproblem

- Sjukgymnastiks beh.
- Naprapatbeh.
- Kortisoninjektioner
- Operation