

Du har tidligere indvilliget i at være en del af DD2 - Dansk Center for Strategisk Forskning i Type 2 Diabetes i samråd med din praktiserende læge eller diabetes-ambulatoriet på hospitalet. Mange tak for det!

Vær venlig at besvare spørgsmålene selv ved at markere det svar, som passer bedst på dig. Du bedes læse det enkelte spørgsmål grundigt igennem, inden du svarer. Der er ingen rigtige eller forkerte svar. Enkelte spørgsmål ligner hinanden meget, men det er vigtigt, at du besvarer alle spørgsmål.

De oplysninger, du giver os, vil blive behandlet strengt fortroligt.

KONTAKTOPLYSNINGER

(Benyt venligst blokbogstaver)

FORNAVN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

EFTERNAVN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

GADE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

HUSNUMMER: | | | | | **ETAGE:** | | | | | **POSTNR.:** | | | | |

BY: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

E-MAIL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

TELEFON: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

HØJDE

1. Angiv din højde målt i centimeter: _____ cm

VÆGT

2. Angiv din vægt målt i kg: _____ kg

RYGESTATUS

3. Afkryds det udsagn, der passer:
- ☐ Aldrig røget
 - ☐ Eksryger (ophørt for mere end 6 måneder siden)
 - ☐ Ryger lejlighedsvist
 - ☐ Ryger dagligt

ALKOHOL

4. Afkryds det udsagn, der passer:
- ☐ Drikker mindre end 7 genstande (kvinder)/14 genstande (mænd) per uge
 - ☐ Drikker mere end 7 genstande (kvinder)/14 genstande (mænd) per uge

FYSISK AKTIVITET

5. Hvor mange dage om ugen er du **fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?** Sæt 1 kryds:
(Her medregnes moderat eller hård fysisk aktivitet, hvor vejtrækningen stiger, musklerne bliver rørt, og der bliver brugt kræfter – f.eks. motions- eller konkurrenceidræt, tungt havearbejde, rask gang, cykling i moderat eller hurtigt tempo eller fysisk anstrengende arbejde. Medregn både arbejde og fritid.)

Ingen dage 1 dag 2 dage 3 dage 4 dage 5 dage 6 dage 7 dage

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

FYSISK AKTIVITET - fortsat

6. Dyrker du idræt i fritiden, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?

☐ Ja ☐ Nej

7. Hvor meget fysisk aktivitet har du dyrket i fritiden det seneste år? Markér ved den beskrivelse, der passer bedst:

- ☐ Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen
- ☐ Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen
- ☐ Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)
- ☐ Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse

GANG/FALD

8. Oplever du, at du har en usikker gang?

☐ Ja ☐ Nej

9. Er du faldet indenfor det seneste år?

☐ Ja ☐ Nej

Hvis ja: Hvor mange gange er du faldet indenfor det seneste år?

☐ 1 gang ☐ 2-4 gange ☐ over 4 gange

10. Har dit/dine fald medført kontakt til almen praktiserende læge?

☐ Ja ☐ Nej

11. Har dit/dine fald medført kontakt til sygehus?

☐ Ja ☐ Nej

LIVSKVALITET

12. Hvordan vil du vurdere din livskvalitet de seneste 7 dage? (sæt ét kryds)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Værst mulige livskvalitet

Bedst mulige livskvalitet

SØVN

13. Hvordan vil du vurdere din søvnkvalitet de **sidste 7 dage**?

Svar venligst på hvert spørgsmål ved at sætte ét kryds per linje.

I de sidste 7 dage	Særdeles dårlig	Dårlig	Nogenlunde	God	Særdeles god
Har kvaliteten af min søvn været	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I de sidste 7 dage	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Har jeg haft svært ved at falde i søvn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har min søvn været forfriskende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har jeg haft problemer med min søvn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HUMØR

14. Hvordan vil du vurdere dit humør de **sidste 7 dage**?

Svar venligst på hvert udsagn ved at sætte ét kryds per linje.

I de sidste 7 dage	Aldrig	Sjældent	Sommetider	Ofte	Altid
Har jeg følt mig urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har mine bekymringer overvældet mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har jeg følt mig bange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har jeg haft svært ved at fokusere på andet end min angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har jeg følt mig værdiløs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har jeg følt mig hjælpeløs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har jeg følt mig deprimeret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har jeg følt, at der ikke var noget håb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© 2008-2016 PROMIS Health Organization and PROMIS Cooperative Group

FØLESANS

Nedenstående spørgsmål handler om følesansen i dine **ben og fødder**

Sæt kryds ved ja eller nej i forhold til, hvordan det normalt føles.

	Ja	Nej
15. Er dine ben og/eller fødder følelsesløse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Har du nogensinde brændende smerter i dine ben og/eller fødder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Er dine fødder for følsomme over for berøring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Får du muskelkrampe i dine ben og/eller fødder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Har du nogensinde stikkende/ prikkende fornemmelser i dine ben eller fødder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Gør det ondt, når dynen/tæppet rører ved din hud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Kan du skelne det varme fra det kolde vand, når du går i karbad eller brusebad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Har du nogensinde haft et åbent sår på din fod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Har din læge nogensinde fortalt dig, at du har diabetisk neuropati (nervebetændelse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Føler du dig svag i hele kroppen det meste af tiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Er dine symptomer værre om natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Har du ondt i benene, når du går?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Kan du mærke dine fødder, når du går?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Er huden på dine fødder så tør, at den sprækker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Har du nogensinde fået foretaget en amputation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MNSI, © University of Michigan, 2000

SMERTE

30. Har du konstante eller tilbagevendende smerter?

☐ Ja ☐ Nej

Hvis ja, har du haft nogle af disse smerter i de sidste 3 måneder? (sæt gerne flere krydser)

- ☐ Hovedpine eller ansigtssmerter
- ☐ Rygsmerter, inklusiv smerter i lænd og nakke
- ☐ Skuldersmerter
- ☐ Smerter i hænder/arme
- ☐ Mavesmerter
- ☐ Smerter i benene
- ☐ Andre smerter (noter venligst hvilke) _____

31. Har du konstante eller tilbagevendende smerter i **dine fødder**?

☐ Ja ☐ Nej

Hvis du har svaret ja til spørgsmål 31, bedes du fortsætte med at besvare spørgeskemaet. Den resterende del vil nu omhandle dine smerter i fødderne.

Har du svaret nej til spørgsmål 31 takker vi for din deltagelse og du bedes returnere spørgeskemaet i den vedlagte svarkuvert.

32. Er smerterne til stede i begge dine fødder?

☐ Ja ☐ Nej

33. Breder smerterne sig op i dine ben?

☐ Ja ☐ Nej

34. Har du tilsvarende smerter i dine fingre/hænder?

☐ Ja ☐ Nej

35. Vågner du om natten på grund af smerter i dine fødder?

☐ Ja ☐ Nej

36. Hvor længe har du haft smerter i dine fødder?

Mindre end
en måned

1-3
måneder

Mere end 3
måneder,
men mindre
end et år

1-5 år

Mere end
5 år

☐☐☐☐☐

37. Vurdér din smerte ved at sætte kryds i boksen under det tal, der bedst beskriver din gennemsnitlige smerte i dine fødder **de seneste 24 timer**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ingen smerte

Værst tænkelige smerte

SMERTE - fortsat

38. Vurder din smerte ved at sætte kryds i boksen under det tal, der bedst beskriver din gennemsnitlige smerte i dine fødder **de seneste 7 dage**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen smerte					Værst tænkelige smerte					

39. Anvender du smertestillende medicin mod smerter i dine fødder?

☐ Ja, dagligt

☐ Ja, men ikke dagligt

☐ Nej

Hvis ja, hvilken slags smertestillende medicin? (sæt evt. mere end 1 kryds)

☐ Håndkøbsmedicin

☐ Receptpligtig medicin (medicinen er udskrevet på recept til dig af en læge)

40. Nedenstående spørgsmål handler om hvordan smerterne i dine fødder påvirker din dagligdag.

Svar venligst på hvert spørgsmål ved at sætte ét kryds per linje.

I de sidste 7 dage	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Hvor meget greb smerter ind i dine daglige aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor meget greb smerter ind i dit arbejde omkring hjemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor meget greb smerter ind i din evne til at deltage i sociale aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor meget greb smerter ind i dit dagligdags husarbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© 2008-2016 PROMIS Health Organization and PROMIS Cooperative Group

41. Besvar venligst nedenstående spørgsmål omkring typen af dine smerter i fødderne ved at sætte kryds ved ja eller nej i hvert af de 7 punkter herunder.

Har smerten i dine fødder et eller flere af følgende kendetegn?

	Ja	Nej
Brændende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertefuld kold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrisk stød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er smerten i dine fødder forbundet med et eller flere af følgende symptomer inden for det samme område?

	Ja	Nej
Snurren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stikken og prikken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelsesløshed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kløe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DN4© 2005. Bouhassira D. All rights reserved.

Mange tak for din deltagelse!