

Frågeformulär vid YTS-utredning (Y = yrsel T = tinnitus S = smärta) ©

Namn: _____ Personnr _____
 Adress: _____
 Tel. bost. _____
 Tel. arb. _____
 Mobil: _____
 E-post: _____ Datum: _____

Yrke: _____ Studerande Pensionär Sjukskriven _____ %

Har du någon av följande sjukdomar?

	Ja	Nej
Hjärt/kärl sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Led/muskelsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magsjukdom (magkatarr – magsår)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Överkänslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan sjukdom (ange vad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidigare sjukdomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tar du medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicinen heter _____

Beskriv på linjen hur mycket du upplever följande symptom genom att sätta ett kryss på linjen

Yrsel

Ingen alls ----- Värst tänkbara

Tinnitus

Ingen alls ----- Värst tänkbara

Smärta/huvudvärk

Ingen alls ----- Värst tänkbara

Beskriv hur du upplever dig själv genom att sätta ett kryss på linjen

Lugn/Stabil ----- Nervös/Orolig

Beskriv hur du trivs i arbetet/skolan genom att sätta ett kryss på linjen

Trivs bra ----- Vantrivs

Beskriv hur du upplever dina hemförhållanden genom att sätta ett kryss på linjen

Harmoniska ----- Störda

Hur ofta och under hur lång tid har du haft följande besvär:

	Aldrig	1-2 ggr per år	1-2 ggr i mån	1-2 ggr i veckan	flera ggr i vecka	dagligen	Sedan när?
Smärtor eller värk i ansikte och käke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smärtor vid rörelse av käken (tuggning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Svårt att gapa stort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trötthetskänslor i käkarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Käkledsljud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Käken hoppar ur led eller låser sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tandvärk eller ilande, ömma tänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tung och munsveda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sväljbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Huvudvärk/Nacksmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ljudkänslig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lockkänsla Höger <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ljudupplevelse, tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Yrsel eller ostadighetskänsla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Vilket eller vilka symtom av ovan är mest besvärande? _____

Om du besväras av yrsel eller ostadighet, är det någon av följande moment som orsakar detta?

Titta uppåt	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Titta snabbt åt sidan	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Titta nedåt	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Res sig hastigt	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Stå still	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Annat, vad? _____

Om du besväras av ljudupplevelse, tinnitus, beskriv så noga du kan hur dina ljud hörs!

Kan du ändra eller framkalla tinnitus genom att göra något av följande rörelser med käken:

Bitar hårt ihop	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	ökar <input type="checkbox"/>	minskar <input type="checkbox"/>
Gapa stort	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	ökar <input type="checkbox"/>	minskar <input type="checkbox"/>
Föra underkäken maximalt åt höger	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	ökar <input type="checkbox"/>	minskar <input type="checkbox"/>
Föra underkäken maximalt åt vänster	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	ökar <input type="checkbox"/>	minskar <input type="checkbox"/>
Föra underkäken rakt fram	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	ökar <input type="checkbox"/>	minskar <input type="checkbox"/>

Annat, vad? _____

Förändras dina symptom beroende på stressnivå?

Ja yrsel Ja tinnitus Ja smärta Nej

På vilket sätt? _____

Om du besväras av värk/smärta, vilken typ av värk/smärta brukar du ha?

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Molande värk | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 2. Huggande/stickande | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 3. Kombination av olika smärtor | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 4. Annan typ? Beskriv _____ | | |

Hur besvärande är symtomen?

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Är eller periodvis varit sjukskriven för mina besvär | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Stör min sömn | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Påverkar mitt privatliv | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Påverkar mina studier/arbete | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Måste använda smärtstillande/sömnmedel | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Försök värdera de nuvarande besvären enligt följande skala!

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| Inga eller obetydliga besvär | Ja <input type="checkbox"/> |
| Lätta besvär | Ja <input type="checkbox"/> |
| Måttliga besvär | Ja <input type="checkbox"/> |
| Tämligen svåra besvär | Ja <input type="checkbox"/> |
| Mycket svåra besvär | Ja <input type="checkbox"/> |

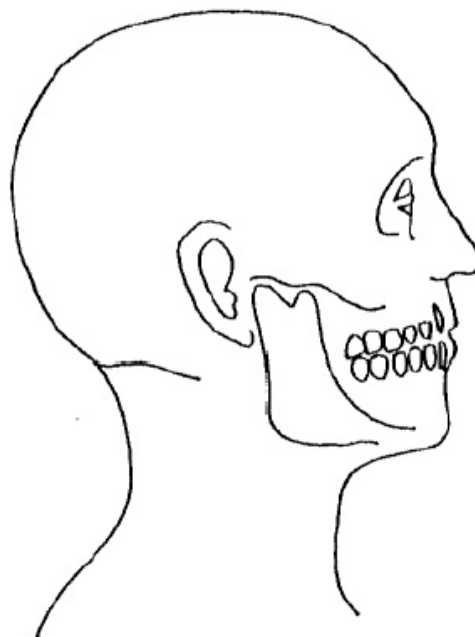
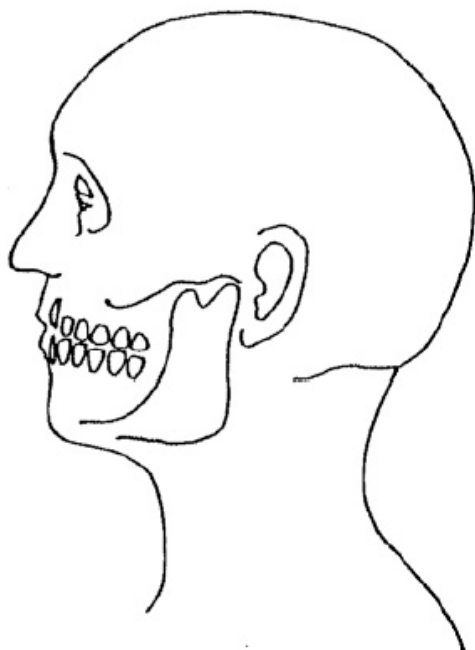
Är du medveten om du brukar?

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Pressa tänder | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Gnissla tänder | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Pressa med tungan | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Bitar på kind, tunga | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Bitar på naglarna | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Spänna dig | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Gör du något av detta oftare då du är stressad? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Rita på bilden var du upplever värk/smärta, huvudvärk/nacksmärta, ilande ömma tänder.

Vänster

Höger



Berätta vad du tidigare sökt för behandling och vilken påverkan denna har haft!

1. _____ Bättre Värre Oförändrat
2. _____ Bättre Värre Oförändrat
3. _____ Bättre Värre Oförändrat
4. _____ Bättre Värre Oförändrat
5. _____ Bättre Värre Oförändrat
6. _____ Bättre Värre Oförändrat

TINNITUS ANAMNES YTS©

Namn: _____ Pers.nr. _____

Datum: _____

När började din tinnitus? _____**Vad tror du är orsaken till din tinnitus?** _____

Var hör du din tinnitus?

Endast <input type="checkbox"/>	Endast <input type="checkbox"/>	Lika <input type="checkbox"/>	Båda sidor <input type="checkbox"/>	Båda sidor <input type="checkbox"/>
vänster	höger	mycket	men mest i	men mest i
sida	sida	i båda	vänstra	högra

I huvudet utan **Utanför huvudet** Någon speciell
lokalisering

Hur började tinnitus? Ljudet kom sakta smygande under en längre period.

Kom plötsligt

”Fanns” där bara en dag

Är tinnitus alltid närvarande? Ja Nej **Hur lång tid är tinnitus borta om den tystnar?** Minuter Dygn Veckor Tim. **Min tinnitus ljudstyrka (volym) är...** alltid lika stark varierar

Min ljudstyrka ändras: dagligen flera gånger i veckan

Vid ökad stress Då jag rör käken/nacken

Annat: _____

Tinnitus tonhöjd (ljusst till mörkt) är alltid den samma varierar

Tinnitus tonhöjd ändras: dagligen flera gånger i veckan

Vid ökad stress Då jag rör käken/nacken

Annat: _____

När du utsätts för ljud utifrån upplevs tinnitus... svagare oförändrat
 värre

Undviker du tystnad? Ja Nej

Undviker du att utsätta dig för ljud? Ja Nej

Svårighetsgradering: Litet Måttligt Mycket Fullständigt Vet ej

Hur mycket påverkar tinnitus din livskvalité

När du är vaken och i tyst miljö, hur mycket obehag ger tinnitus då?

Hur ofta märker du tinnitus då du är vaken? Aldrig Sällan Ofta Alltid Vet ej

Hur ofta påverkar tinnitus din koncentration?

Hur ofta har du svårt att somna p.g.a. tinnitus?

Hur ofta kan du förtränga eller "glömma" tinnitus?

Hur ofta medför tinnitus att du känner dig orolig?

Hur ofta medför tinnitus att du känner dig olycklig?

Har du genomgått hörselundersökning? Ja Nej

Om du har hörselnedsättning, vilken sida? Höger Vänster Båda

Audiogrammet visar hörselnedsättning i Basen Diskanten