

**Fornavn**

**Etternavn**

**Fødselsdato**

**Dato for utfylling**

Vi ber deg fylle ut dette skjemaet som inneholder spørsmål som har betydning for å vurdere symptomene dine og i hvilke grad de påvirker din livskvalitet.

I noen tilfeller kan du bli bedt om å fylle ut skjemaet flere ganger for å vurdere om symptomene dine endrer seg over tid, for eksempel etter behandling.

Opplysningene i dette skjemaet vil hjelpe legen til å gi deg rett diagnose og behandling og inngår i din pasientjournal.

Dersom du samtykker til det, vil opplysningen også kunne inngå i et medisinsk kvalitetsregister som er et verktøy for å forbedre kvaliteten og behandlingen ved Balanselaboratoriet.

Opplysningene blir registrert og oppbevart konfidensielt i tråd med regelverk fra Datatilsynet og Personvernombudet ved Haukeland Universitetssykehus.

Ansvarlige:

Frederik Kragerud Goplen, overlege

Stein Helge Glad Nordahl, Prof.dr med

Skjemaet skal leveres eller sendes til:

Balanselaboratoriet

Øre-nese-hals avdelingen

Jonas Liesvei 65

5021 Bergen

[www.balanselaboratoriet.no](http://www.balanselaboratoriet.no)

Fylles ut av personalet:

# Generelle opplysninger

- 1** Sivilstatus  
 Ugift / enslig  Gift / samboende / bor med registrert partner
- 2** Nåværende eller seneste yrke \_\_\_\_\_
- 3** Er du yrkesaktiv (i inntektsgivende arbeid)?  
 Ja (angi stillingsprosent) \_\_\_\_\_  Nei
- 5** Er du sykmeldt nå?  
 Ja (angi sykmeldingsprosent) \_\_\_\_\_  Nei
- 6** Er du uføretrygdet?  
 Ja (angi uførhetsprosent) \_\_\_\_\_  Nei
- 7** Er du pensjonist?  
 Ja  Nei
- 8** Er du arbeidsledig?  
 Ja  Nei
- 9** Hvis du er sykmeldt/ufør, hva er hovedårsaken til dette?  
 Svimmelhet/balanseproblemer  Andre årsaker

**10 Tidligere sykdommer (diagnostisert av lege)**

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

Har du tidligere vært operert i nakke eller rygg?  Ja  Nei

Har du tidligere vært operert i ørene?  Ja  Nei

**5 Bruker du noen medisiner fast?**

Nei

Ja (oppgi hvilke) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Svimmelhet og hørsel

## 1 Svimmelhet

Jeg føler meg ikke svimmel eller ustø , gå til spørsmål 2

### a Hvordan begynte svimmelhetsplagene?

- Plutselig / akutt     Gradvis / snikende  
 Annet / vet ikke

### b Når begynte svimmelhetsplagene? Angi så nøyaktig som mulig (dd.mm.år): \_\_\_\_\_

### c Utløsende årsak?

- Hodeskade     Infeksjonssykdom     Stress / psykisk påkjenning  
 Hodebevegelse     Annen sykdom     Ingen åpenbar årsak  
 Annet: \_\_\_\_\_

### d Forløp

- Kun ett anfall (eller en periode)     Flere lange perioder  
 Flere korte anfall (< 20 minutter)     Konstant (liten eller ingen endring over tid)  
 Flere lengre anfall (> 20 minutter)

### e Type svimmelhet

- Karusell (alt går rundt)     Båtdekk (alt gynger)     Nærbesvimelse     Ustø, dårlig balanse  
 Annet (forklar) \_\_\_\_\_

### f Symptomer som ledsager svimmelheten

- Kvalme     Hodepine     Lysømfintlighet     Lydømfintlighet  
 Brekninger     Besvimelse     Synsforstyrrelse     Fall  
 Hørselstap     Øresus     Trykk/dott i øret     Svartner for øynene

### g Hendelser / aktiviteter som utløser eller forverrer svimmelheten?

- Når du legger deg ned eller snur deg i sengen  
 Utløst av fysisk anstrengelse     Ved trykk (neseputting, toalettbesøk)  
 Utløst av migrene     Ved høye lyder  
 Når du reise deg opp

## 2 Hørselstap og øresus

### a Opplever du redusert hørsel?

- Nei     Ja, venstre øre     Ja, høyre øre     Ja, begge ører

### b Er du plaget med øresus?

- Nei     Ja     Nei     Ja, høyre øre     Ja, begge ører  
 Nei     Ja, venstre øre

## 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 de siste 4 ukene**. Vennligst besvar hvert av spørsmålene med «ja», «nei», «noen ganger». Besvar hvert spørsmål sett ut fra at det bare er forbundet med ditt svimmelhets – eller ustøhetsproblem.

Jeg føler meg ikke svimmel eller ustø  , gå til side 7

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?			

## Spørreskjema om svimmelhet (VSS-SF)

**Vi ber deg om å lese instruksjonene nøye:** Vi ønsker å vite hvilke svimmelhetssymptomer du har hatt **de siste 4 ukene**. Hvert spørsmål skal besvares ved å sette ring rundt det tallet som passer best med dine opplevelser.

Jeg har ikke hatt symptomer den siste måneden  , gå til side 7

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

# Spørsmål om svimmelhet og balanseproblemer HDQ-10

I hvilken grad har du i løpet av de siste 4 ukene opplevd følgende:  
(sett kun én ring per spørsmål)

	Aldri (ikke i det hele tatt)	Sjelden (litt)	Noen ganger (en del)	Ofte (svært mye)
1. Kvalme på grunn av svimmelhet	0	1	2	3
2. Oppkast eller brekninger på grunn av svimmelhet	0	1	2	3
3. Holdt deg innendørs hele dagen på grunn av svimmelhet/balanseproblemer	0	1	2	3
4. Hele dagen ute av stand til vanlige gjøremål (verken husarbeid eller jobb) på grunn av svimmelhet/balanseproblemer	0	1	2	3
5. Ute av stand til å stelle deg selv på grunn av svimmelhet/balanseproblemer	0	1	2	3
6. Så ustø at det er synlig for andre	0	1	2	3
7. Så svimmel/ustø at du er redd for å falle	0	1	2	3
8. Bekymret for fremtiden på grunn av svimmelhet/balanseproblemer	0	1	2	3
9. Nervøs eller urolig på grunn av svimmelhet/balanseproblemer	0	1	2	3
10. Deprimert på grunn av svimmelhet/balanseproblemer	0	1	2	3

# HAD

Hospital Anxiety & Depression Scale (januar 1999)

## Rettledning

Legen er klar over at følelser spiller en stor rolle ved de fleste sykdommer. Hvis legen vet mer om følelser, vil han/hun bli bedre i stand til å hjelpe deg.

Her kommer noen spørsmål om hvorledes du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fi re svarene som best beskriver dine følelser de siste fire ukene. Ikke tenk for lenge på svaret – de spontane svarene er best.

### 1. Jeg føler meg nervøs og urolig

- 3 Mesteparten av tiden
- 2 Mye av tiden
- 1 Fra tid til annen
- 0 Ikke i det hele tatt

### 4. Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner

- 0 Like mye nå som før
- 1 Ikke like mye nå som før
- 2 Avgjort ikke som før
- 3 Ikke i det hele tatt

### 2. Jeg gleder meg fortsatt over tingene slik jeg pleide før

- 0 Avgjort like mye
- 1 Ikke fullt så mye
- 2 Bare lite grann
- 3 Ikke i det hele tatt

### 5. Jeg har hodet fullt av bekymringer

- 3 Veldig ofte
- 2 Ganske ofte
- 1 Av og til
- 0 En gang i blant

### 3. Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje

- 3 Ja, og noe svært ille
- 2 Ja, ikke så veldig ille
- 1 Litt, bekymrer meg lite
- 0 Ikke i det hele tatt

### 6. Jeg er i godt humør

- 3 Aldri
- 2 Noen ganger
- 1 Ganske ofte
- 0 For det meste

**7. Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet**

- 0 Ja, helt klart
- 1 Vanligvis
- 2 Ikke så ofte
- 3 Ikke i det hele tatt

**12. Jeg ser med glede frem til hendelser og ting**

- 0 Like mye som før
- 1 Heller mindre enn før
- 2 Avgjort mindre enn før
- 3 Nesten ikke i det hele tatt

**8. Jeg føler meg som om alt går langsommere**

- 3 Nesten hele tiden
- 2 Svært ofte
- 1 Fra tid til annen
- 0 Ikke i det hele tatt

**13. Jeg kan plutselig få en følelse av panikk**

- 3 Uten tvil svært ofte
- 2 Ganske ofte
- 1 Ikke så veldig ofte
- 0 Ikke i det hele tatt

**9. Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen**

- 0 Ikke i det hele tatt
- 1 Fra tid til annen
- 2 Ganske ofte
- 3 Svært ofte

**14. Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV**

- 0 Ofte
- 1 Fra tid til annen
- 2 Ikke så ofte
- 3 Svært sjelden

**10. Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut**

- 3 Ja, jeg har sluttet å bry meg
- 2 Ikke som jeg burde
- 1 Kan hende ikke nok
- 0 Bryr meg som før

**11. Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv**

- 3 Uten tvil svært mye
- 2 Ganske mye
- 1 Ikke så veldig mye
- 0 Ikke i det hele tatt



## RAND-12 Din helse

Spørsmålene under handler om hvordan du oppfatter helsen din. Disse opplysningene vil hjelpe oss til å forstå hvordan du føler deg og hvor godt du er i stand til å utføre dine vanlige aktiviteter.

Hvert spørsmål skal besvares ved å sette et kryss (X) i den boksen som passer best for deg.

### 1. Stort sett, vil du si at helsen din er:

Utmerket	Veldig god	God	Nokså god	Dårlig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er helsen din slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå? Hvis ja, hvor mye? [Kryss (X) en boks på hver linje.]

	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
a <b>Moderate aktiviteter</b> som å flytte et bord, støvsuge, gå en spasertur eller drive med hagearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Gå opp trappen <b>flere</b> etasjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. I løpet av de siste fire ukene, har du hatt noen av de følgende problemene i arbeidet ditt eller i andre daglige aktiviteter på grunn av din fysiske helse?

	Ja	Nei
a <b>Fått gjort mindre</b> enn du ønsket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Vært begrenset i type <b>arbeidsoppgaver</b> eller andre aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. I løpet av de siste fire ukene, har du hatt noen av de følgende problemene i arbeidet ditt eller i andre daglige aktiviteter på grunn av følelsesmessige problemer (som å føle seg engstelig eller deprimert)?

	Ja	Nei
a <b>Fått gjort mindre</b> enn du ønsket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Utført arbeid eller andre aktiviteter <b>mindre grundig</b> enn vanlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye har smarter påvirket det vanlige arbeidet ditt (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)?

Ikke i det hele tatt

Litt

Moderat

Ganske mye

Ekstremt mye

6. De neste spørsmålene handler om hvordan du føler deg og hvordan du har hatt det i løpet av de siste fire ukene. For hvert spørsmål, ber vi deg velge det svaret som best beskriver hvordan du har følt deg.

Hvor ofte i løpet av de siste fire ukene:

	Hele tiden	Mesteparten av tiden	En god del av tiden	Noe av tiden	Litt av tiden	Aldri
a Har du følt deg rolig og avslappet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Har du hatt mye overskudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Har du følt deg nedfor og deprimert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye av tiden har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine sosiale aktiviteter (som å besøke venner, slektninger osv.)?

Hele tiden

Mesteparten av tiden

En del av tiden

Litt av tiden

Aldri