

**EOSQ-24 – Enkät om tidigt debuterande skolios**

Datum för ifyllande:

--	--	--	--	--	--	--

**Allmänt hälsotillstånd: under de senaste 4 veckorna****1. Hur skulle du säga att ditt barns hälsotillstånd har varit i allmänhet?**

Dåligt	Ganska bra	Bra	Mycket bra	Utmärkt
--------	------------	-----	------------	---------

**2. Hur ofta har ditt barn varit sjukt?**

Hela tiden	Större delen av tiden	En del av tiden	En liten del av tiden	Aldrig
------------	-----------------------	-----------------	-----------------------	--------

**Smärta/obehag: under de senaste 4 veckorna****3. Hur ofta har ditt barn haft ont/känt obehag?**

Hela tiden	Större delen av tiden	En del av tiden	En liten del av tiden	Aldrig
------------	-----------------------	-----------------	-----------------------	--------

**4. Hur allvarligt har ditt barns smärta/obehag varit?**

Mycket allvarligt	Allvarligt	Måttligt	Lindrigt	Ingen smärta
-------------------	------------	----------	----------	--------------

**Lungfunktion: under de senaste 4 veckorna****5. Hur svårt har det varit för ditt barn att gråta/jollra/tala (beroende på ålder) utan att bli andfådd?**

Svårt	Ganska svårt	Varken eller	Ganska lätt	Lätt
-------	--------------	--------------	-------------	------

**6. Hur ofta har ditt barn blivit andfådd under aktiviteter?**

Hela tiden	Större delen av tiden	En del av tiden	En liten del av tiden	Aldrig
------------	-----------------------	-----------------	-----------------------	--------

**GÅ TILL NÄSTA SIDA FÖR ATT FORTSÄTTA**

<b>Förflyttning: <u>under de senaste 4 veckorna</u></b>				
<b>7. Hur ofta har ditt barns hälsotillstånd begränsat hans/hennes möjlighet att förflytta sig till olika platser?</b>				
Hela tiden	Större delen av tiden	En del av tiden	En liten del av tiden	Aldrig

<b>Fysisk förmåga: <u>under de senaste 4 veckorna</u></b>				
<b>8. Hur svårt har det varit för ditt barn att röra på överkroppen?</b>				
Svårt	Ganska svårt	Varken eller	Ganska lätt	Lätt
<b>9. Hur svårt har det varit för ditt barn att sitta upp på egen hand?</b>				
Svårt	Ganska svårt	Varken eller	Ganska lätt	Lätt
<b>10. Hur svårt har det varit för ditt barn att hålla balansen när han/hon kryper, går eller springer?</b>				
Svårt	Ganska svårt	Varken eller	Ganska lätt	Lätt

<b>Vardagsliv: <u>under de senaste 4 veckorna</u></b>				
<b>11. Hur svårt har det varit för ditt barn att klä på sig själv eller hjälpa till vid påklädning? (exempel: hjälpa till med att ta av/sätta på kläder, föra in armar och ben genom skjortor och byxor eller hjälpa till med spännen, blixtlås, tryckknappar, knappar eller kardborrband)</b>				
Svårt	Ganska svårt	Varken eller	Ganska lätt	Lätt
<b>12. Mitt barn behöver mer tid än ett friskt barn för att äta samma mängd mat.</b>				
Håller helt med	Håller delvis med	Varken eller	Håller delvis inte med	Håller inte alls med

**GÅ TILL NÄSTA SIDA FÖR ATT FORTSÄTTA**

<b>Utmattning/energinivå: <u>under de senaste 4 veckorna</u></b>				
<b>13. Hur ofta har ditt barn varit utmattat?</b>				
Hela tiden	Större delen av tiden	En del av tiden	En liten del av tiden	Aldrig
<b>14. Hur svårt har det varit för ditt barn att hålla orken uppe hela dagen?</b>				
Svårt	Ganska svårt	Varken eller	Ganska lätt	Lätt

<b>Känslor: <u>under de senaste 4 veckorna</u></b>				
<b>15. Hur ofta har ditt barn känt sig orolig/nervös på grund av sitt hälsotillstånd?</b>				
Hela tiden	Större delen av tiden	En del av tiden	En liten del av tiden	Aldrig
<b>16. Hur ofta har ditt barn känt frustration på grund av sitt hälsotillstånd?</b>				
Hela tiden	Större delen av tiden	En del av tiden	En liten del av tiden	Aldrig

<b>Påverkan på förälder: <u>under de senaste 4 veckorna</u></b>				
<b>17. Hur ofta har du känt dig orolig/nervös över ditt barns hälsotillstånd?</b>				
Hela tiden	Större delen av tiden	En del av tiden	En liten del av tiden	Aldrig
<b>18. Hur ofta har ditt barns hälsotillstånd inverkat negativt på familjeaktiviteter?</b>				
Hela tiden	Större delen av tiden	En del av tiden	En liten del av tiden	Aldrig
<b>19. Hur mycket har ditt barns hälsotillstånd påverkat din energinivå?</b>				
Väldigt mycket	Mycket	Något	Lite grann	Inte alls
<b>20. Hur ofta har du uteblivit från eller kommit för sent till ditt arbete eller en social tillställning på grund av ditt barns hälsotillstånd?</b>				
Hela tiden	Större delen av tiden	En del av tiden	En liten del av tiden	Aldrig
<b>21. Har du kunnat tillbringa tillräckligt med tid med din familj/partner trots ditt barns hälsotillstånd?</b>				
Aldrig	En liten del av tiden	En del av tiden	Större delen av tiden	Hela tiden

**GÅ TILL NÄSTA SIDA FÖR ATT FORTSÄTTA**

<b>Ekonomisk påverkan: <u>under de senaste 4 veckorna</u></b>				
<b>22. Hur stor ekonomisk belastning har ditt barns diagnos med tidigt debuterande skolios inneburit?</b>				
Mycket stor belastning	Ganska stor belastning	Måttlig belastning	Liten belastning	Ingen belastning

<b>Nöjdhet: <u>under de senaste 4 veckorna</u></b>				
<b>23. Hur nöjt är ditt barn med sin förmåga att kunna göra saker?</b>				
Mycket missnöjt	Missnöjt	Varken eller	Nöjt	Mycket nöjt
<b>24. Hur nöjd är du med ditt barns förmåga att kunna göra saker?</b>				
Mycket missnöjd	Missnöjd	Varken eller	Nöjd	Mycket nöjd

**TACK**