

Amp 5 Follow-up data after amputation - PROM

Patientnamn: _____

Födelsedata: _____

Datum för aktuell amputation _____ Ampnivå _____

Sida _____

Datum för intervju: _____

Aktuell uppföljning (This PROM refers to) __ 6 mån __ 12 mån __ 24 mån __ senare (ange antal år _____)**Start protesanvändning** _____

(date the patient started using/training with his/her first own prosthesis for this amputation)

Är patienten vid denna uppföljning bilateralt amputerad? Ja Nej**Är patienten vid detta uppföljningstillfälle protesanvändare**

(oavsett om protesen tillfälligt inte används?)

 Ja Nej Om Nej: Har inte fått protes Har fått protes**Co-morbidity**

(Har patienten en eller flera andra sjukdomar eller funktionshinder som påtagligt försvårar funktion med protes vid aktuell uppföljning (t.ex. reumatoid artrit, fraktur, hjärt-, lung- eller njursjukdom, stroke, neurologisk sjukdom, demens, nedsättning av syn, hörsel eller handfunktion, sårproblematik, kontraktur i höft, knä eller fotled)?)

 Ja Nej**Har du återvänt till det boende du hade innan försämringen som ledde till amputation?** Ja Nej**Aktuell protesanvändning och protesfunktion**

(Vid bilateral amputation avser dessa frågor användning av protes oavsett om en eller två)

Hur många dagar per vecka har du, normalt sett, protesen på dig? _____ (siffror 0-7)**Hur många timmar per dag har du, normalt sett, protesen på dig?** 0 – 3 timmar 4 – 6 timmar 7 – 9 timmar 10 -12 timmar 13 – 15 timmar mer än 15 tim**Hylsans passform:** Hur komfortabel är din hylsa (dina hylsor) nu på en skala från 0 till 10, där 0 är sämsta tänkbara komfort och 10 bästa tänkbara komfort?

Socket Comfort Score: _____ (0-10)

Formulär 5 Follow up after amputation Version 3, Dec 2016

Uppföljning utförs ca 6, 12 och 24 månader efter aktuell amputation

Klarar du att helt självständigt ta på dig protesen? Ja NejVilket gånghjälpmedel använder du normalt sett vid gående med protes i ditt hem?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inget | <input type="checkbox"/> 2 kryckor/käppar | <input type="checkbox"/> Går ej utomhus |
| <input type="checkbox"/> 1 krycka/käpp | <input type="checkbox"/> Rollator/Betastöd | |
| <input type="checkbox"/> Pat saknar förmåga besvara frågan | | |

Vilket gånghjälpmedel använder du normalt sett vid gående med protes utomhus?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inget | <input type="checkbox"/> 2 kryckor/käppar | <input type="checkbox"/> Går ej inomhus |
| <input type="checkbox"/> 1 krycka/käpp | <input type="checkbox"/> Rollator/Betastöd | |
| <input type="checkbox"/> Pat saknar förmåga besvara frågan | | |

Använder du, förutom ovan nämnda hjälpmedel, även rullstol? Ja Nej

LCI-5 besvaras på separat formulär

Timed up & go test _____ sek

(TUG utförs med det ghjip som normal sett används i hemmet enl ovan): Tid (hela sekunder)

Aktuell förekomst av stumpsmärta

Har du under de senaste 3 månaderna haft smärta i amputationsstumpen, dvs smärta lokaliserad till den del av benet eller foten som är kvar?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nej | Ja, lite | Ja, måttligt | Ja, mycket | Kan ej besvara |

Har du under de 3 senaste månaderna tagit smärtstillande medicin eller fått annan behandling för smärtan?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Nej, jag har inte behövt det |
| <input type="checkbox"/> Nej, men jag har haft så ont att jag skulle behövt det. Har avstått för att det inte hjälper eller pga biverkningar/andra obehag |
| <input type="checkbox"/> Ja, jag har tagit smärtstillande medicin eller fått annan behandling för smärtan. |

Om Ja, hur ofta? Enstaka gånger Någon gång/vecka Flera gånger/vecka Varje dag

Formulär 5 Follow up after amputation Version 3, Dec 2016

Uppföljning utförs ca 6, 12 och 24 månader efter aktuell amputation

Aktuell förekomst av fantomsmärta eller fantomkänsla

Har du under de senaste 3 månaderna haft fantomsmärta eller besvärande fantomkänsla, d.v.s. smärta eller andra sensationer (upplevelse av att foten finns kvar, pirrande, värmekänsla, köldkänsla) lokaliserad till den del av ditt amputerade ben eller fot som inte finns kvar?

Nej

Ja, lite

Ja, måttligt

Ja, mycket

Kan ej besvara

Har du under de 3 senaste månaderna tagit smärtstillande medicin eller fått annan behandling för fantomsmärtan eller fantomkänslan?

Nej, jag har inte behövt det

Nej, men jag har haft så ont att jag skulle behövt det. Har avstått för att det inte hjälper eller pga biverkningar/andra obehag

Ja, jag har tagit smärtstillande medicin eller fått annan behandling för smärtan.

Om Ja, hur ofta?: Enstaka gånger Någon gång/vecka Flera gånger/vecka Varje dag

Generell hälsa och sammanfattning

Hur vill du sammanfatta hela Din situation som amputerad? Den är ...

Mycket bra

Bra

Varken bra
eller dålig

Dålig

Mycket dålig

Pat saknar förmåga besvara frågan

EQ 5D-5L (dvs med 5 svarsalternativ) besvaras på separat formulär.

Detta formulär kommer att finnas att hämta på dataplattformen 3C och laddas ner med hjälp av ditt användarlogin. Fram till dess används som tidigare EQ5D med tre svarsalternativ.

Protesträning har huvudsakligen skett vid

Gåskola

Annan rehabiliteringsform

Ingen rehabilitering