

Generelle opplysninger

Navn:
Fødselsdato:

- 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)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Krystallsyke (BPPV) | ☐ Spenningshodepine | ☐ MS | ☐ Diabetes |
| ☐ Virus på balansenerven | ☐ Migrene | ☐ Hjernesvulst | ☐ Høyt blodtrykk |
| ☐ Menières sykdom | ☐ Hodeskade | ☐ Hjertesykdom | ☐ Lavt stoffskifte |
| ☐ Svulst på balansenerven | ☐ Hjerneslag | ☐ Blodpropp | ☐ Benskjørhet |
| ☐ Borrelia | ☐ Nerveskade i bena | ☐ Hjernehinnebetennelse | ☐ Lavt blodtrykk |
| ☐ 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, venstre øre ☐ Ja, høyre øre ☐ Ja, begge ører

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 deprimeret 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
☐	☐	☐	☐	☐

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 Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en spasertur eller drive med hagearbeid	☐	☐	☐
b Gå opp trappen flere etasjer	☐	☐	☐

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 Fått gjort mindre enn du ønsket	☐	☐
b Vært begrenset i type arbeidsoppgaver eller andre aktiviteter	☐	☐

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 Fått gjort mindre enn du ønsket	☐	☐
b Utført arbeid eller andre aktiviteter mindre grundig enn vanlig	☐	☐

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?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b	Har du hatt mye overskudd?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c	Har du følt deg nedfor og deprimert?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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
☐	☐	☐	☐	☐

Niigata Spørreskjema

Formålet med dette spørreskjemaet er å identifisere problemene du opplever i dagliglivets aktiviteter grunnet svimmelhet. Svar ved å sette en ring rundt det tallet som best beskriver graden av plager den siste uken.

Hvis du har unngått noen av aktivitetene fullstendig på grunn av svimmelhet, setter du en ring rundt tallet 6.

	Spørsmål	Ingen plager						Unngått helt
1	Raske bevegelser som å reise seg opp eller å snu på hodet	0	1	2	3	4	5	6
2	Se på store dataskjermer i butikk	0	1	2	3	4	5	6
3	Gå i naturlig tempo	0	1	2	3	4	5	6
4	Se på TV eller filmer med intense bevegelser	0	1	2	3	4	5	6
5	Kjøre bil, buss, eller tog	0	1	2	3	4	5	6
6	Sitte oppreist på en stol uten rygg og armstøtte	0	1	2	3	4	5	6
7	Stå uten å støtte deg til faste punkter	0	1	2	3	4	5	6
8	Se på en rullende skjerm på en PC eller smarttelefon	0	1	2	3	4	5	6
9	Utføre husarbeid eller lette øvelser	0	1	2	3	4	5	6
10	Lese små bokstaver i en bok eller avis	0	1	2	3	4	5	6
11	Anstrenge deg i raskt tempo	0	1	2	3	4	5	6
12	Kjøre heis eller rulletrapp	0	1	2	3	4	5	6
SUM:								

Questionnaire on chronic dizziness symptoms
The Niigata PPPD Questionnaire Revised (NPQ-R, 19 items)

Original: Universität Niigata, HNO-Abteilung: Yagi, C., Y. Morita, M. Kitazawa, Y. Nonomura, T. Yamagishi, S. Ohshima, S. Izumi, K. Takahashi and A. Horii (2019). "A Validated Questionnaire to Assess the Severity of Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD): The Niigata PPPD Questionnaire (NPQ)." *Otol Neurotol* **40**(7): e747-e752.

Name / Number Patient: **Date:**

This questionnaire is designed to help you better understand your dizziness / lightheadedness symptoms. Please rate the severity of your discomfort using the questions below on a 7-point scale from 0 to 6. Please circle the applicable answer.

If you completely avoid the actions mentioned in a question so as not to increase your discomfort, please circle the number 6 ("unbearable").

If your complaints are not always the same, please evaluate them based on the most severe occurrence during the last 7 days.

This questionnaire has four pages.

Example 1:

I have no complaints Is it unbearable.
 0 1 **2** 3 4 5 6

Example 2:

Does not apply at all Fully applies.
 0 1 2 **3** 4 5 6

1. When I stand up quickly, turn around quickly, or in similar movements, then

I have no complaints Is it unbearable.
 0 1 2 3 4 5 6

2. When I look through shelves in the supermarket or hardware store, then

I have no complaints Is it unbearable.
 0 1 2 3 4 5 6

Please continue on page 2 ➔

3. When I have dizziness, I have trouble concentrating.

Does not apply at all

Fully applies.

0 1 2 3 4 5 6

4. When I walk at my own pace, then

I have no complaints

Is it unbearable.

0 1 2 3 4 5 6

5. When I have dizziness, I feel scared or anxious.

Does not apply at all

Fully applies.

0 1 2 3 4 5 6

6. When I see fast/hectic images in movies or on TV, then

I have no complaints

Is it unbearable.

0 1 2 3 4 5 6

7. When I give myself a break or rest, then

I have no complaints

Is it unbearable.

0 1 2 3 4 5 6

8. When I travel by car, bus, train or other means of transport, then

I have no complaints

Is it unbearable.

0 1 2 3 4 5 6

9. When I walk, I feel insecure.

Does not apply at all

Fully applies.

0 1 2 3 4 5 6

10. When I am in an unsettled environment (e.g., crowd, traffic), then

I have no complaints

Is it unbearable.

0 1 2 3 4 5 6

Please continue on page 3 →

11. If I sit for a longer period of time on a stool or a chair without back or armrests, then
I have no complaints

0 1 2 3 4 5 6

Is it unbearable.

12. If I stand freely for a longer period of time without holding on or leaning up, then
I have no complaints

0 1 2 3 4 5 6

Is it unbearable.

13. When I scroll through the screen contents on a PC or smartphone, then
I have no complaints

0 1 2 3 4 5 6

Is it unbearable.

14. If I distract myself e.g., by an activity or direct my thoughts on something else, then
I have no complaints

0 1 2 3 4 5 6

Is it unbearable.

15. When I am doing household chores or light sports, then
I have no complaints

0 1 2 3 4 5 6

Is it unbearable.

16. When I read small print in books or the newspaper, then
I have no complaints

0 1 2 3 4 5 6

Is it unbearable.

17. When I have dizziness, my performance is limited (e.g., at work, with childcare, with domestic activities).

Does not apply at all

0 1 2 3 4 5 6

Fully applies.

Please continue on page 4 →

18. When I walk with big steps and rather fast, then
I have no complaints 0 1 2 3 4 5 6 Is it unbearable.

19. When I use escalators or an elevator, then
I have no complaints 0 1 2 3 4 5 6 Is it unbearable.

Thank you very much for your cooperation.

Please do not enter anything here.

Upright posture / Standing (= Items 4+11+12+18)	Points
While moving (= Items 1+8+15+19)	Points
Visual (= Items 2+6+13+16)	Points
Associated symptoms (= Items 3+5+9+17)	Points
Symptom behaviour (= Items 7+10+14)	Points
Total	Points