

Fylls i av registersektariatet

Patnr:

Tidpunkt:

Skriv in datum för ifyllandet av enkäten: (År- Månad- Dag):

 - -

t.ex. 2016-05-15

Personnummer (År-Månad-Dag- Kontrollnummer)

 - - -

t.ex. 1945-06-28-8519

Besvara frågor med markering av lämplig nivå med hur du upplevt den senaste månaden

Frågor om information/delaktighet

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
1. Känner du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du en namngiven kontaktsjuksköterska?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	

Under din aktuella sjukdom eller behandling, hur mycket information har du fått om:

	Inte alls tillfredsställande	Lite tillfredsställande	Måttligt tillfredsställande	Mycket tillfredsställande
3. Eventuella biverkningar av din behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Inverkan av behandlingen på sexlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allmänna frågor om din hälsa

5. Hur skulle du beskriva din <u>hälsa</u> ?	Mycket dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utmärkt
		1	2	3	4	5	6	7	
6. Hur skulle du beskriva din <u>livskvalitet</u> ?	Mycket dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utmärkt
		1	2	3	4	5	6	7	

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
7. Hur mycket påverkar din prostatacancersjukdom eller dess behandling din dagliga aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Känner du dig orolig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågor om urinvägarna, *den senaste månaden*

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
9. Är du nöjd med hur din vattenkastning fungerar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har du svag urinstråle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har du täta trängningar till vattenkastning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hur mycket urin läcker du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Har du urinläckage?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Läcker ibland vid hosta, nysning, och /eller använder droppskydd vid speciell fysisk ansträngning, t.ex. sportaktivitet, trädgårdsarbete	<input type="checkbox"/> Droppskydd hela tiden (utom möjligtvis nattetid) men de är inte alltid våta	<input type="checkbox"/> Droppskydd hela tiden som måste bytas pga. att de är våta	<input type="checkbox"/> Läcker kontinuerligt och behöver blöjor som kontinuerligt bytes
-------------------------	------------------------------------	---	---	---	---

14. Hur många skydd använder du per dygn på grund av urinläckage?	<input type="checkbox"/> Jag har inget skydd <input type="checkbox"/> Mindre än 1 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 1 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 2 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 3-4 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 5 eller fler per dygn
---	--

15. Om du skulle leva resten av ditt liv med din urinvägsfunktion som det är just nu, hur skulle du uppleva detta?	<input type="checkbox"/> Det skulle inte besvära mig alls <input type="checkbox"/> Det skulle besvära mig lite <input type="checkbox"/> Det skulle besvära mig måttligt <input type="checkbox"/> Det skulle besvära mig mycket
--	---

Frågor om tarmfunktion, den senaste månaden

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
16. Är du nöjd med hur din avföring fungerar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Har du trängande behov till att tömma tarmen direkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Har du slem i avföringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Har du blod i avföringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hur mycket avföring läcker du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Har du avföringsläckage?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Läcker ibland vid hosta, nysning, skratt, lyfter tungt eller när du reser dig från sittande till stående	<input type="checkbox"/> Vid gasavgång	<input type="checkbox"/> Blöja/läckageskydd hela tiden som måste bytas pga. att de är våta	<input type="checkbox"/> Läcker kontinuerligt och behöver blöjor/läckageskydd som kontinuerligt byts
------------------------------	------------------------------------	--	---	---	---

22. Hur många skydd använder du per dygn på grund av avföringsläckage?	<input type="checkbox"/> Jag har inget skydd <input type="checkbox"/> Mindre än 1 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 1 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 2 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 3-4 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 5 eller fler per dygn
--	--

23. Om du skulle leva resten av ditt liv med din avföringsfunktion som det är just nu, hur skulle du uppleva detta?	<input type="checkbox"/> Det skulle inte besvära mig alls <input type="checkbox"/> Det skulle besvära mig lite <input type="checkbox"/> Det skulle besvära mig måttligt <input type="checkbox"/> Det skulle besvära mig mycket
---	---

Frågor om sexuallivet, den senaste månaden

	Inte alls	Lite	Måttlig	Mycket
24. Är du nöjd med ditt sexualliv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Har du någon partner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
26. Är du sexuellt aktiv (med eller utan partner)?	<input type="checkbox"/> Ja, fortsatt till fråga 28a	<input type="checkbox"/> Nej		

<p>27. Om du inte är sexuellt aktiv, vad beror det på? Besvara frågan och fortsätt sen till fråga 30</p>	<input type="checkbox"/> Liten eller ingen lust <input type="checkbox"/> Erektionsbesvär (problem med ståendet) <input type="checkbox"/> Min partner har liten eller ingen lust <input type="checkbox"/> Annan eller andra orsaker
<p>28a. Använder du några potenshjälpmedel vid sexuell aktivitet?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, injektion/sprutbehandling (t.ex. Caverject) <input type="checkbox"/> Ja, stift som införes i urinröret (t.ex. Bondil) <input type="checkbox"/> Ja, tablett (t.ex. Viagra, Cialis, Levitra) <input type="checkbox"/> Ja, vacumpump <input type="checkbox"/> Ja, annat <p>28b Om Ja, hur ofta?</p> <input type="checkbox"/> Ibland <input type="checkbox"/> Oftast <input type="checkbox"/> Alltid
<p>29. Hur brukar din erektion (stånd) vara? (Svara även om du använder Viagra, Sildenafil eller Cialis)</p>	<input type="checkbox"/> Obefintlig <input type="checkbox"/> Otillräcklig för någon form av sexuell aktivitet <input type="checkbox"/> Tillräcklig för onani och förspel <input type="checkbox"/> Tillräcklig för samlag

Markera med det alternativ som bäst beskriver din situation oavsett om du använder eventuella potenshjälpmedel?

Markera endast ett svarsalternativ per fråga.

	Mycket svag eller ingen alls	Svag	Måttlig	Stark	Mycket stark	
<p>30. Hur uppskattar du att din <u>tilltro</u> till att kunna få och behålla en erektion varit den senaste månaden?</p>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<p>31. <u>Hur ofta</u> efter sexuell stimulering har din erektion, under den senaste månaden, blivit <u>tillräckligt styv</u> för att kunna tränga in i din partner?</p>	Ingen sexuell aktivitet har förekommit <input type="checkbox"/> 0	Nästan aldrig eller aldrig <input type="checkbox"/> 1	Färre än hälften av gångerna <input type="checkbox"/> 2	Hälften av gångerna <input type="checkbox"/> 3	Mer än hälften av gångerna) <input type="checkbox"/> 4	Nästan alltid eller alltid <input type="checkbox"/> 5

32. Hur ofta har du, under samlag, <u>kunnat behålla</u> erektionen sedan du trängt in i din partner den senaste månaden?	Inga försök till samlag har förekommit	Nästan aldrig eller aldrig	Färre än hälften av gångerna	Hälften av gångerna	Mer än hälften av gångerna)	Nästan alltid eller alltid
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

33. Hur svårt hade du, att behålla erektionen ända till slutet av samlaget den senaste månaden?	Inga försök till samlag har förekommit	Mycket stora svårigheter	Stora svårigheter	Svårigheter	Vissa svårigheter	Inga svårigheter
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

TILLFREDSSTÄLLELSE 34. När du <u>den senaste månaden</u> försökt genomföra samlag, hur ofta har du upplevt dem som tillfredsställande?	Inga försök till samlag har förekommit	Nästan aldrig eller aldrig	Färre än hälften av gångerna	Hälften av gångerna	Mer än hälften av gångerna)	Nästan alltid eller alltid
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

35. Om du skulle leva resten av ditt liv med din sexualfunktion som det är just nu, hur skulle Du uppleva detta?	<input type="checkbox"/> Det skulle inte besvara mig alls
	<input type="checkbox"/> Det skulle besvara mig lite
	<input type="checkbox"/> Det skulle besvara mig måttligt
	<input type="checkbox"/> Det skulle besvara mig mycket

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

FÖR YTTERLIGARE INFORMATION OM ENKÄTEN KAN DU VÄNDA DIG TILL:

Din behandlande klinik eller till:

Christina Åberg, sjuksköterska, Cancercentrum, Norrlands universitetssjukhus Tfn: 090-785 85 85, telefontid tisdagar 10-11:30

Ewa Gustafsson-Hägglad, administratör, Cancercentrum, Norrlands universitetssjukhus Tfn: 090-785 85 85, telefontid tisdagar 10-11:30

Nationella prostatacancerregistrets hemsida: www.npcr.se