

DATUM _____ PATIENT-ID _____

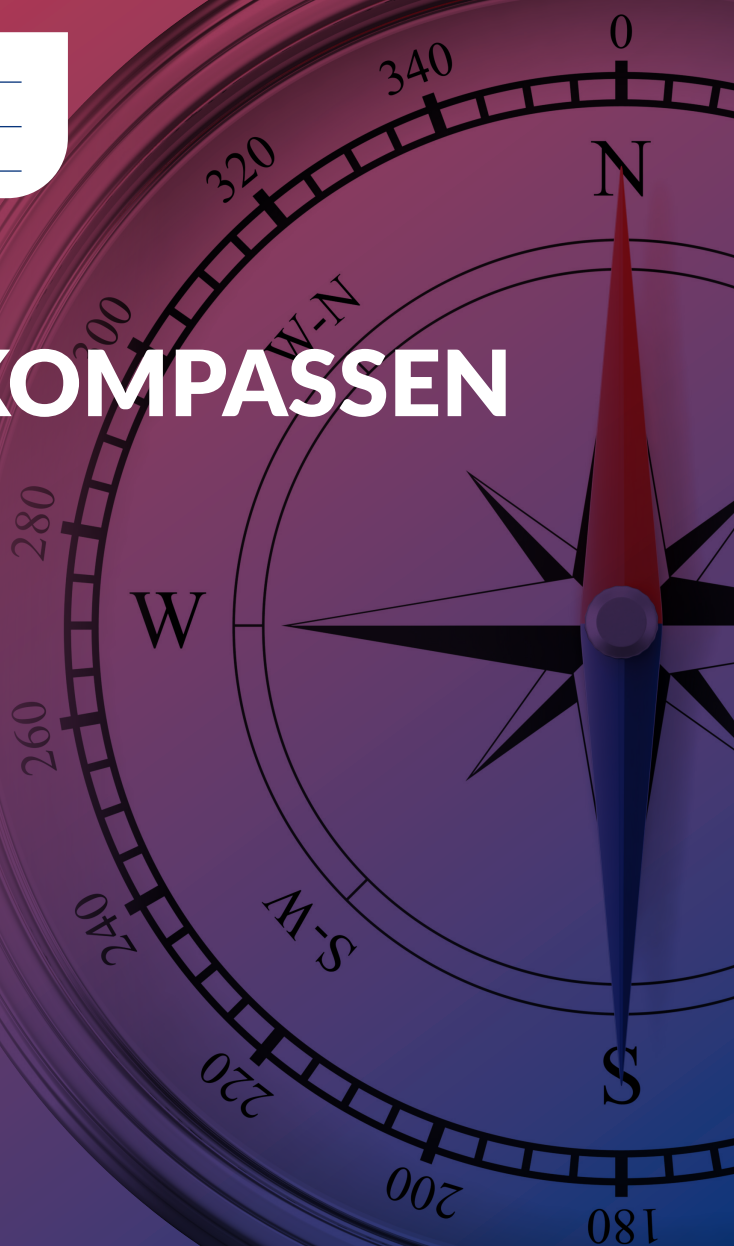
NAMN _____

PERSONNUMMER _____

FUNKTIONSKOMPASSEN COVID-19

Ett självskattningsformulär för
funktions och aktivitetsanalys
gällande personer som lider av
sena besvär efter COVID-19

Framtagen av Dr. Jan-Rickard Norrefalk, MD, PhD.
Specialist i Rehabiliteringsmedicin, Smärtlindring
och Företagshälsövård



Funktionskompassen

Funktionskompassen är ett självskattningsformulär som skall vara till hjälp i utredning, utvärdering uppföljning för att ge de bästa rehabiliteringsåtgärderna och en förbättrad livskvalitet till de som lider av sena besvär efter COVID-19.

Frågorna är direkt kopplade till Världshälsoorganisationen WHO's klassificering av funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och delaktighet (ICF). Dina svar och beskrivningar ger ett underlag för att analysera och skapa ett underlag för hur dina besvär påverkar dig i din vardag. Via Funktionskompassen får man en sammanfattande, gemensam bild av din situation,

vilket underlättar att se vilka åtgärder och behandlingar som just du behöver och vad du klarar att göra med hänsyn taget till dina besvär efter din COVID-19 infektion. Funktionskompassen pekar ut riktningen för att just din rehabilitering skall leda dig till det gemensamt uppställda målet.

I Funktionskompassen graderar du dina besvär genom att kryssmarkera på en femgradig skala bredvid frågan. Vissa frågor ger utrymme att beskriva din situation i andra termer och dina egna ambitioner och mål.

karo[®]
pharma

Karo Pharma AB | +4610-3302310
info@karopharma.se | BOX 16184, 103 24 Stockholm

Funktion/Aktivitet

Markera med X i rutorna

Har du på grund av dina sena besvär efter COVID-19 problem med...	Inga problem	Lätta problem	Måttliga problem	Stora problem	Maximala problem
1. Andningsfunktioner? (ICF: b 440)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hjärtfunktioner (ICF: 410)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kroppstemperaturer (feber) (ICF: b 5500)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Med att urskilja dofter? (ICF: b 1562)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Med att urskilja skillnader i smak så som sött, surt, salt och beskt? (ICF: b 1563)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Med att genom beröring urskilja skillnader mellan t ex. strävt och lent? (ICF b 1564)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Med att uppfatta kyla och värme? (ICF: b 2700)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Med att uppfatta vibrationer? (ICF: b 2701)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Med nedsatt eller överkänslig beröringskänsla (ICF: 2702)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Att själv ta på dig kläderna? (ICF: d 540)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Rörligheten i dina leder? (ICF: b 710)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Din muskelkraft? (ICF: b 730)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Muskeluthålligheten? (ICF: d 740)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Med muskelspänningar i vila? (ICF: b 735)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Att gå? (ICF: d 450)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Gå i trappor? (ICF: d 4551)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Att bibehålla en kroppsställning, t ex sitta? (ICF: d 4153)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Att bädda din säng? (ICF: d 649)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Att klara vanligt hushållsarbete? (ICF: d 640)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Att lyfta och bära föremål? (ICF: d 430)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Att köra bil? <input type="checkbox"/> Har ej körkort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ICF: d 4751)					
22. Att använda olika transportmedel, t ex åka bil, buss, tåg och flyg? (ICF: d 470)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Annan aktivitet som du själv tycker skapar problem?	<input type="checkbox"/>				

Livskvalitet Markera med X i rutorna

Har du på grund av dina sena besvär efter COVID-19 problem med...	Inga problem	Lätta problem	Måttliga problem	Stora problem	Maximala problem
24. Med sömnen? <small>(ICF: b 134)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Med att genomföra mångfaldiga uppgifter? <small>(ICF: d 2200)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Med din energi och driftighet <small>(ICF: b 130)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Att koncentrera dig? <small>(ICF: b 160)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Med korttidsminnet? <small>(ICF: b 1440)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Med långtidsminnet? <small>(ICF: b 1441)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Att hantera stress och psykologiska krav? <small>(ICF: d 240)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Uttrötthet? <small>(ICF: b 4552)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Med emotionella funktioner så som sinnesrörelser och starka känslor? <small>(ICF: b 152)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Med mag- och tarmfunktionerna? <small>(ICF: b 535)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Med rekreation och fritid? <small>(ICF: d 920)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. I din familjerelation? <small>(ICF: d 760)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Med sexfunktioner? <small>(ICF: b 640)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. I kontakten med vänner och bekanta? <small>(ICF: d 750)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Med din ekonomiska försörjning? <small>(ICF: d 870)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Med att klara betalt arbete? <small>(ICF: d 850)</small>	Har ej arbete <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Smärtskattning Markera med X i rutorna

Har du på grund av dina sena besvär efter COVID-19 problem med...	Inga problem	Lätta problem	Måttliga problem	Stora problem	Maximala problem
40. Med smärta i en kroppsdel <small>(ICF: b 2801)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Med smärta i flera delar av kroppen <small>(ICF: b 2802)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Med utstrålade smärtor? <small>(ICF: b 2804)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Med generell smärta? <small>(ICF: b 2800)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Hur stort är ditt problem med smärtor just nu? <small>(ICF: b 280)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Hur stort har ditt smärtproblem varit under den senaste veckan? <small>(ICF: b280)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Hur stort problem utgör dina smärtor när de är som lindrigast? <small>(ICF: b 280)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Hur stort problem utgör dina smärtor när de är som värst? <small>(ICF: b 280)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbete/daglig aktivitet

48. Arbetar du? Heltid Deltid % eller timmar/dagar Nej

49. Utbildning

50. Yrke

51. Arbetsuppgifter

Markera med X i rutorna

Inga problem Lätta problem Måttliga problem Stora problem Maximala problem

52. Finns det några problem på arbetsplatsen som hindrar dig att återgå i arbete?

Är redan i arbete

53. Vad tror du om dina förutsättningar att återgå i arbete/utöka arbetstiden?

Arbetar redan 100%

54. Är du sjukskriven? Heltid Deltid % sedan år Nej

55. Har du stadigvarande sjukersättning? Heltid Deltid % sedan år Nej
(varaktigt sjukersättning, förtidspension)

56. Har du ett pågående försäkringsärende som inte är avslutat? Ja Nej

Om "Ja" Försäkringsärende Arbetsskadeärende Annat

57. Vad skulle du helst vilja göra om du mådde lite bättre?
