**VARIShort**

**Frågor om åderbråcksbesvär**

Namn: ……………………………………………………………

Personnummer: ……………………………………………..

För frågorna 1-7 ange hur ofta du upplevt följande besvär **under den senaste veckan.** Om du har åderbråck i båda benen sätt ett kryss för både höger (**H**) och vänster (**V**) ben. Om du har åderbråck enbart i det ena benet kryssa i rutan som motsvarar den aktuella sidan.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Tunga ben** | **Poäng** | **H** | **V** |  |  |
| Ingen del av tiden | 0 |   |   |  |  |
| En liten del av tiden | 1 |   |   |  |  |
| En del av tiden | 2 |   |   |  |  |
| En stor del av tiden | 3 |   |   |  |  |
| Större del av tiden | 4 |   |   |  |  |
| Hela tiden | 5 |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2. Värk** | **Poäng** | **H**  | **V** |  |  |
| Ingen del av tiden | 0 |   |   |  |  |
| En liten del av tiden | 1 |   |   |  |  |
| En del av tiden | 2 |   |   |  |  |
| En stor del av tiden | 3 |   |   |  |  |
| Större del av tiden | 4 |   |   |  |  |
| Hela tiden | 5 |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **3. Svullnad** | **Poäng** | **H**  | **V**  |  |  |
| Ingen del av tiden | 0 |   |   |  |  |
| En liten del av tiden | 1 |   |   |  |  |
| En del av tiden | 2 |   |   |  |  |
| En stor del av tiden | 3 |   |   |  |  |
| Större del av tiden | 4 |   |   |  |  |
| Hela tiden | 5 |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **4. Bultande känsla** | **Poäng** | **H** | **V** |  |  |
| Ingen del av tiden | 0 |   |   |  |  |
| En liten del av tiden | 1 |   |   |  |  |
| En del av tiden | 2 |   |   |  |  |
| En stor del av tiden | 3 |   |   |  |  |
| Större del av tiden | 4 |   |   |  |  |
| Hela tiden | 5 |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **5. Klåda** | **Poäng** | **H**  | **V**  |  |  |
| Ingen del av tiden | 0 |   |   |  |  |
| En liten del av tiden | 1 |   |   |  |  |
| En del av tiden | 2 |   |   |  |  |
| En stor del av tiden | 3 |   |   |  |  |
| Större del av tiden | 4 |   |   |  |  |
| Hela tiden | 5 |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **6.** Hur mycket har åderbråcken påverkat ditt/ dina bens **utseende** under den senaste veckan. | **Poäng** | **H**  | **V** |  |  |
| Inget alls | 0 |   |   |  |  |
| Något | 1 |   |   |  |  |
| Måttligt | 2 |   |   |  |  |
| Ganska mycket | 3 |   |   |  |  |
| Väldigt mycket  | 4 |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **7.** Hur mycket av din **arbetsförmåga eller dina dagliga aktiviteter** begränsas av åderbråcken den senaste veckan.  |  |  |  | **Poäng** |   |
| Inte alls |   |   |   | 0 |   |
| Full arbetsförmåga/ aktivitet men med besvär  | 1 |   |
| Lätt sänkt arbetsförmåga/ aktivitet |   | 2 |   |
| Måttligt sänkt arbetsförmåga/ aktivitet |   | 3 |   |
| Uttalat sänkt arbetsförmåga/ aktivitet |   | 4 |   |
| Jag har inte kunnat arbeta/ vara aktiv |   | 5 |   |

**Total poängsumma**…………………………………………………………………………………………………………………

Datum

Signatur