

CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY: DEL A

Namn: _____

Datum: _____

Var god ringa in det alternativ som bäst passar in på följande påståenden.

1	Jag känner mig trött och inte utvilad när jag vaknar.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
2	Mina muskler känns stela och värker.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
3	Jag har ångestattacker.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
4	Jag gnisslar eller biter ihop tänderna.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
5	Jag har besvär med diarré och/eller förstoppning.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
6	Jag behöver hjälp med att utföra mina dagliga aktiviteter.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
7	Jag är känslig för starkt ljus.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
8	Jag blir väldigt lätt trött när jag är fysiskt aktiv.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
9	Jag känner smärta i hela kroppen.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
10	Jag har huvudvärk.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
11	Jag känner obehag i urinblåsan och/eller sveda när jag kissar.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
12	Jag sover dåligt.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
13	Jag har svårt att koncentrera mig.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
14	Jag har hudproblem, såsom torrhet, klåda eller utslag.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
15	Stress förvärrar mina fysiska symtom.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
16	Jag känner mig ledsen eller deprimerad.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
17	Jag har lite energi.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
18	Jag har muskelspänningar i nacke och axlar.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
19	Jag har smärta i känen.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
20	Vissa lukter, såsom parfym, gör mig yr och illamående.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
21	Jag måste kissa ofta.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
22	Mina ben är rastlösa och jag känner obehag i dem när jag försöker somna på kvällen.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
23	Jag har svårigheter med att komma ihåg saker.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
24	Jag drabbades av trauman som barn.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
25	Jag har smärta i bäcken-området.	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid

					Totalt=

CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY: DEL B

Har en läkare diagnosticerat dig med något av följande tillstånd?

Vänligen kryssa i en ruta till höger om varje diagnos och skriv året då du fick diagnos.

		NEJ	JA	År för diagnos
1	Restless Legs Syndrome (Willis-Ekboms sjukdom)			
2	Kroniskt trötthetssyndrom (t.ex. ME, CFS)			
3	Fibromyalgi			
4	Käkkledssjukdomar (Temporomandibularledsjukdomar, TMJ-sjukdomar)			
5	Migrän eller spänningshuvudvärk			
6	Irritable bowel syndrome (IBS)			
7	Multipel kemisk känslighet			
8	Nackskada (inklusive whiplashskada)			
9	Ängest eller panikattacker			
10	Depression			