

## Central Sensitization Inventory: Del A

Navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

**Markér venligst det svar som passer bedst på dig for de følgende udsagn.**

1	Jeg føler mig træt og ikke udhvilet når jeg vågner efter at have sovet.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
2	Mine muskler føles stive og ømme.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
3	Jeg får angstanfald.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
4	Jeg skærer tænder eller bider tænderne hårdt sammen.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
5	Jeg har problemer med diarré og/eller forstoppelse.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
6	Jeg har brug for hjælp til mine dagligdags aktiviteter.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
7	Jeg er følsom over for skarpt lys.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
8	Jeg bliver nemt træt når jeg er fysisk aktiv.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
9	Jeg har smerter i hele kroppen.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
10	Jeg har hovedpiner.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
11	Jeg føler ubehag i min blære og/eller brændende smerter når jeg tisser.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
12	Jeg sover ikke godt.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
13	Jeg har svært ved at koncentrere mig.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
14	Jeg har hudproblemer som tørhed, kløe eller udslæt.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
15	Stress gør mine fysiske symptomer værre.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
16	Jeg føler mig trist eller deprimeret.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
17	Jeg har lavt energiniveau.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
18	Jeg har spændinger i nakke og skuldre.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
19	Jeg har smerter i kæberne.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
20	Nogle lugte, for eksempel parfume, gør mig svimmel og giver mig kvalme.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
21	Jeg skal hyppigt tisse.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
22	Jeg har ubehag og uro i benene når jeg prøver at falde i søvn om aftenen.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
23	Jeg har svært ved at huske ting.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
24	Jeg led traumer som barn.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid
25	Jeg har smerter i bækken området.	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Altid

			<b>Total =</b>

## Central Sensitization Inventory: Del B

Navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

**Har din læge diagnosticeret dig med nogle af følgende lidelser?**

**Sæt venligst et kryds til højre for hver diagnose og skriv årstallet for diagnosen.**

		NEJ	JA	Årstal for Diagnose
1	Uro i benene (restless leg syndrome)			
2	Kronisk træthedssyndrom			
3	Fibromyalgi			
4	Kæbeleds dysfunktion (temporomandibulær dysfunktion)			
5	Migræne eller spændingshovedpiner			
6	Irritabel tarmsyndrom			
7	Overfølsomhed overfor kemiske produkter			
8	Nakkeskader (inklusive piskesmæld)			
9	Angst eller panikanfald			
10	Depression			