

Frågeformulär vid yrsel och ostadighet (NDQ)

Nedan följer ett antal påståenden relaterade till yrsel och ostadighet. Ange i vilken grad du instämmer eller inte instämmer i varje påstående. Markera endast ett alternativ per fråga.

| | Helt oenig | Något oenig | Osäker | Något enig | Helt enig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Jag har flera gånger plötsligt och utan uppenbar orsak upplevt kraftig yrsel kombinerat med illamående eller kräkning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. När jag pratar låter min egen röst högt eller konstigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jag har haft flera anfall med huvudvärk med illamående och/eller kräkningar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Yrseln förvärras när jag ser på saker som rör sig (t.ex. trafik, folkmassor, TV, datorskärm eller mobiltelefon) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jag har ramlat på grund av dålig balans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Jag har ibland en känsla av tryck, tinnitus eller dålig hörsel i ett öra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. I samband med min yrsel hör jag sämre på ett öra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Mina händer eller fötter skakar när jag sitter ner och slappnar av | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Det känns som om jag går på kuddar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Jag har flera gånger plötsligt och utan uppenbar orsak upplevt kraftig yrsel med ostadighet som gjort det svårt att stå och gå | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Jag har varit yr eller ostadig i 3 månader eller längre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Jag har haft flera yrselanfall som varat längre än ett dygn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | Helt oenig | Något oenig | Osäker | Något enig | Helt enig |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. | Yrseln förvärras av rörelser oavsett kropps- eller huvudposition, t.ex i bil/buss/hiss eller rulltrappa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Jag blir yr eller det svartnar för ögonen när jag reser mig upp från sittande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Jag har upplevt en episod av yrsel som kom plötslig utan uppenbar orsak som varade mer än 24 timmar och var så kraftig att jag var sängliggande med illamående och kräkningar och jag var så ostadig att jag inte kunde gå utan stöd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Yrseln blir värre när jag tittar på komplicerade visuella mönster (t.ex. starka mönster på golv eller tapeter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Yrseln är plågsam och stör mig i dagliga aktiviteter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Jag har flera gånger plötsligt och utan uppenbar orsak upplevt kraftig yrsel som vara minst 1 timme, men inte längre än ett dygn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Jag har haft flera huvudvärksanfall som varat från timmar upp till flera dygn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Jag har förlorat luktsinnet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Min yrsel varar högst en minut och anfallen är likadana varje gång | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. | Jag får yrselanfall som känns som om allt snurrar som en karusell | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. | Jag blir övergående yr ett par sekunder när jag snyter mig, hostar eller krystar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | Jag har haft flera anfall med huvudvärk som har varit illa nog för att störa mig i mina dagliga aktiviteter eller jag varit tvungen att ta smärtstillande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | Helt oenig | Något oenig | Osäker | Något enig | Helt enig |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. | Jag blir övergående yr ett par sekunder av starka ljud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. | Jag har en känsla av att allt gungar som om jag vore på en båt. Det började efter en resa (båt, bil, tåg, buss eller flyg). Känslan försvinner när jag kör bil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | Jag känner mig yr eller ostadig minst hälften av dagarna i månaden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | Jag blir yr om jag vänder mig i sängen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | Jag har eller har haft migrän | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. | Min handstil har blivit mindre än förr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. | Jag är ostadig och måste ofta ta ett steg åt sidan eller stödja mig på något när jag går | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. | Yrseln blir värre när jag står | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. | Jag får dagligen plötsligt flera yrselanfall utan uppenbar utlösande faktor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. | Jag har haft flera anfall med kraftigt dunkande smärta i ena sidan av huvudet som blir värre av eller gör så att jag måste undvika fysisk ansträngning (t.ex. gå uppför en trappa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. | Jag blir yr om jag lägger mig ned på rygg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. | Jag har flera gånger upplevt flimmar eller svarta punkter för ögonen, följt av huvudvärk eller tryckkänsla i huvudet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Helt oenig | Något oenig | Osäker | Något enig | Helt enig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 37. Jag har sämre hörsel och tinnitus på ett öra (jämfört med det andra) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. När jag går ser det ut som om omgivningen hoppar och jag måste stanna för att kunna se skarpt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Min yrsel blir värre när jag rör på huvudet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Jag har haft flera yrselanfall med migränsymptom som smärta eller tryck i huvudet, överkänslighet för ljus och ljud eller synstörning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Jag är bara ostadig när jag står eller går och upplever ingen annan yrsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Jag har nedsatt känsel i fötterna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Jag hör mina egna kroppsljud (fotsteg, hjärtslag, magkurrande, blinkningar eller ögonrörelser) i örat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Jag får yrselanfall som varar mindre än 1 minut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Jag har problem med balansen när det är mörkt (t.ex. om jag måste gå upp på natten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Jag blir yr när jag böjer mig fram eller bak | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Jag har haft flera anfall med huvudvärk där jag blir känslig för (och försöker undvika) starkt ljus eller höga ljud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Jag går långsammare och med kortare steg än förr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |