

Gilles de la Tourette Syndrome – Quality of Life scale (GTS-QOL)

Att ha problem med hälsan kan påverka en persons livskvalitet på många olika sätt. Detta frågeformulär handlar om hur ditt problem med hälsan påverkar ditt välbefinnande. Vänligen sätt ett kryss i den ruta som bäst passar in på hur du känner dig. Lägg märke till att denna lista innehåller många problem som du kanske aldrig kommer uppleva.

Har du under de senaste 4 veckorna:	Inget problem	Lindrigt problem	Måttligt problem	Påtagligt problem	Extremt problem
1. Inte kunnat kontrollera alla dina rörelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haft svårt med dina vardagliga aktiviteter eller hobbyer (t ex matlagning eller att skriva)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lidit av smärta eller fysiska skador på grund av dina tics?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Känt dig störd av ljud du inte kunnat stoppa dig från att göra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Oroat dig över att använda svordomar mot din vilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oroat dig över att göra något pinsamt (t ex fula gester)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Behövt upprepa ord om och om igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Behövt upprepa saker som andra människor gjort eller sagt (härmat människor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Behövt göra saker om och om igen, på ett visst sätt (t ex att kontrollera eller att röra)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haft obehagliga tankar eller bilder som farit genom ditt huvud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haft svårt att koncentrera dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haft svårt att minnas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tappat bort viktiga saker eller lagt dem på fel plats (t ex plånbok, nycklar, mobiltelefon)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Haft svårt att slutföra uppgifter efter att du påbörjat dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Allmänt känt att din hälsa är dålig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

