

## **Spørgeskema vedr. flåtbårne infektioner i Danmark**

(oversat og tilpasset fra et Skotsk oplæg)

**Dette spørgeskema er beregnet for alle folk, som mener at have pådraget sig Borreliose og evt. anden flåtbåren infektion i Danmark !**

Der er 4 formål med spørgeskemaet – at:

1. samle information om hvor i Danmark pt. bliver smittet med flåtbårne infektioner
2. samle information om de uviste symptomer og deres sværhedsgrad
3. give foreningen et fingerpeg om hvor vidt diagnose og behandling af borreliose og evt. anden flåtbåren infektion er tilstrækkelig her i Danmark
4. give foreningen et fingerpeg om det offentlige sundhedsvæsens og det sociale systems behandling af patienter med Borreliose og evt. anden flåtbåren infektion

Hvis foreningen modtager et tilstrækkeligt antal svar, vil data blive statistisk behandlet og brugt som støtte for en henvendelse til / møde med de danske sundhedsmyndigheder / sundheds-politikere vedr. ønskede forbedringer mht. diagnose og behandling af Borreliose og andre flåtbårne infektioner i Danmark.

**Du behøver ikke nødvendigvis at være medlem af Patientforeningen DanInfekt for at udfylde og indsende spørgeskemaet !**

**Skemaet er i Microsoft Word 2000 og kan desværre ikke udfyldes online !**

Du kan enten udskrive skemaet fra hjemmesiden og udfylde det manuelt og derefter sende det med snegleposten til foreningens lægekonsulent, eller – hvis du har Word programmet på din computer, så kan du hente skemaet ned fra Internet via Internet browseren og gemme det på din harddisk først (under Filer/Gem som); derefter kan du åbne og indtaste data i skemaet på din harddisk, ved at klikke i relevante bokse, og/eller indtaste dine kommentarer i tekstboksene. Husk at gemme skemaet på harddisken efterhånden som du indtaster data, så det ikke mistes hvis computeren går ned.

**Når du er færdig, send venligst det udfyldte skema til foreningens lægekonsulent, Marie Kroun, på: [doktor@daninfekt.dk](mailto:doktor@daninfekt.dk) eller med snegleposten til:**

DanInfekt v/lægekonsulent Marie Kroun  
Kronhjortløkken 116, 5210 Odense NV  
Mrk. spørgeskema

Alle data vil blive behandlet fortroligt og evt. offentliggørelse af resultatet vil KUN blive givet i anonym form.

**Vi takker mange gange for din hjælp til at klarlægge omfanget og konsekvenserne af flåtbårne infektioner i Danmark ☺**

Med venlig hilsen  
Bestyrelsen i Patientforeningen DanInfekt

- |  | JA                       | NEJ                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mener du at lide af – eller at have lidt af – borreliose ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mener du at lide af – eller at have lidt af – en flåtbåren blandings infektion med eller uden samtidig Borreliose ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ved du hvornår du blev inficeret / bidt af flåt?<br>Hvis ja, vær så venlig at opgive dato, sted og hvor vidt du så en flåt på dig eller ej og hvor mange mm. flåten var i størrelse ved fjernelsen: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |                          |
| 4. Er du formelt blevet diagnosticeret med Borreliose ?<br>Hvis ja, angiv dato for <u>diagnosen</u> her:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |                          |
| 5. Hvilket laboratorie / sygehus / læge stillede diagnosen og hvilke test blev anvendt til at stille diagnosen ?   |                          |                          |
|  |                          |                          |
| Elisa (den borrelia antistof test der udføres i DK)  | <input type="checkbox"/> |                          |
| Dyrkning   | <input type="checkbox"/> |                          |
| PCR  | <input type="checkbox"/> |                          |
| Mikroskopi med immunfarvning   | <input type="checkbox"/> |                          |
| Western blot   | <input type="checkbox"/> |                          |
| Vides ikke / anden metode ? – specificer venligst !  | <input type="checkbox"/> |                          |
|  |                          |                          |
| 6. Har du fået diagnosticeret blandingsinfektion(er) ?<br>Hvis JA, hvilke(n) infektion(er), hvor og hvordan blev diagnosen stillet, for hver af infektionerne samt angiv dato ?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |                          |

JA      NEJ

7. Havde du et udslet / Erythema migrans (EM)?

8. Hvis ja, identificerede en læge så også udslettet som et Erythema migrans ?

9. Har du fået behandling(er) for Borreliose og evt. blandingsinfektioner?

Hvis ja, beskriv venligst for hver behandling: præparatnavn, dosis, varighed af behandling, tidspunkt for behandling og hvad præparatet blev givet for borreliose og/eller hvilken blandingsinfektion:

10. Hvis du har modtaget behandling for Borreliose og evt. blandingsinfektion og din læge anser kuren for at være komplet / kurativ – er du så selv enig med lægen i at den givne behandling har kureret din sygdom fuldstændigt ?

11. Har du på noget tidspunkt grebet til selvbehandling pga. mangelfuldt respons på læge-ordineret behandling ?

12. Har du fået anden diagnose af en læge end borreliose? Hvis ja, skriv hvilke(n) diagnose(r) i boksen:

13. Borreliose og de associerede flåtbårne blandingsinfektioner kan give en række symptomer af meget variabel sværhedsgrad. Det er ikke muligt at liste alle mulige symptomer her, men herunder vil du finde en række "nøgle-symptomer" på disse infektioner, vær så venlig nedenfor at markere hvilke af nedenstående symptomer du har haft og i hvilken sværhedsgrad.

Ej haft – Mild – Middel – Svær

Feber, svedeture, fryseture,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vægtændring +/- kg <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstrem udmattelse, træthed, nedsat udholdenhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blære problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mave og tarm problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerte – lunge problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Led- eller rygsmærter, knirken/knagen hævelse eller stivhed af led	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel smerter eller kramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føleforstyrrelser (prikken/soven, stikken, brændende fornemmelser, smerter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lammelse eller føleforstyrrelser i ansigtet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synsforstyrrelser eller lys overfølsomhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyd overfølsomhed, tinnitus eller andre høre forstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Køresyge, svimmelhed, dårlig balance, Faldtendens / muskelsvigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rysten, sitren, spjæt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive (opfattelse af omverdenen) og hukommelses forstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mentale symptomer: depression, angst, dårlig impuls kontrol (kort lunte), forringet selvværdsfølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnforstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hvor bor du? / hvor mener du dig smittet?

15. Har du evt. supplerende oplysninger som du mener kan være relevante / vigtige at få med i vurderingen af dit sygdomstilfælde (herunder f.eks. andre kendte sygdomme og/eller kendte arvelige sygdomme i familien) – så skriv det venligt i nedenstående tekstboks:

16. Har du i forløbet haft alvorlige økonomiske problemer pga. sygdommen ? JA  NEJ

17. Har du kunnet få tilstrækkelig økonomisk hjælp til dit underhold og din behandling, mens du har været syg ?

18. Er du i fuldtids-arbejde i dag ?    
Hvis nej, vurder da venligst din rest-arbejdsevne i dag i % (0%=ingen, 100%=normal):

19. Har du fået bevilget førtidspension pga. sygdommen ?

20. Hvis ja i spm. 18 – mener du så selv at førtidspension muligvis kunne have været undgået, ved tidligere diagnose og behandling?    
Hvis ja: begrund venligst hvorfor du mener det?

21. Følte du at din sygdom blev taget tilstrækkeligt alvorligt af læge(rne) ?

22. Er andre i familien (og evt. husdyr) syge med lignende sygdom ? – hvis ja, beskriv hvem ?

23. Må vi evt. vende tilbage til dig med supplerende spørgsmål vedr. denne undersøgelse ?

24. Vil du være med i lignende undersøgelser hvis det bliver aktuelt ?

Hvis ja til spørgsmål 23 og/eller 24, opgiv venligt hvordan vi kan kontakte dig:

**MANGE TAK FOR DIN DELTAGELSE I DENNE SPØRGESKEMA UNDERSØGELSE**

Patientforeningen DanInfekt  
[www.daninfekt.dk](http://www.daninfekt.dk)