

Patientenkät efter CI-operation

Fylls 12 månader efter operation.

Version 20220126

Patientens namn:

Patientens personnummer:

Datum:

1. Under de senaste tre månaderna, vilka hörhjälpmedel har du använt?
Kryssa för de alternativ som stämmer för dig:

	Hörapparat	Cochleaimplantat	Annat	Inget
Höger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande frågor besvaras utifrån de hörhjälpmedel du angett under fråga 1.

2. Tänk på hur mycket du använde ditt nuvarande cochleaimplantat (CI) under de senaste två veckorna. Hur många timmar använde du ditt CI under en genomsnittlig dag?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte alls	Mindre än 1 timme per dag	1 till 4 timmar per dag	4 till 8 timmar per dag	Mer än 8 timmar per dag

3. Om du har hjälpmedel på andra örat, hur många timmar använde du detta hjälpmedel under en genomsnittlig dag under de senaste två veckorna?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte alls	Mindre än 1 timme per dag	1 till 4 timmar per dag	4 till 8 timmar per dag	Mer än 8 timmar per dag

4. Tänk på den situation där du mest önskade höra bättre innan du fick ditt nuvarande cochleaimplantat (CI). Hur mycket har ditt CI hjälpt i den situationen under de senaste två veckorna?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjälpte inte alls	Hjälpte lite	Hjälpte någorlunda	Hjälpte en hel del	Hjälpte mycket

5. Tänk igen på den situation där du mest önskade höra bättre. Hur mycket svårigheter har du FORTFARANDE i den situationen när du använder ditt nuvarande cochleaimplantat (CI)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stora svårigheter	En hel del svårigheter	Måttliga svårigheter	Lite svårigheter	Inga Svårigheter

6. Tycker du att nuvarande cochleaimplantat (CI) är värda besväret om du tar hänsyn till allt?
- Inte alls värda besväret
 Lite värda besväret
 Någorlunda värda besväret
 En hel del värda besväret
 Mycket väl värda besväret
7. Hur mycket har dina kvarstående hörselproblem försvårat vad du kunnat göra under de senaste två veckorna med ditt nuvarande cochleaimplantat (CI)?
- Försvårat mycket
 Försvårat en hel del
 Försvårat måttligt
 Försvårat något
 Inte försvårat alls
8. Hur mycket tror du att andra människor besvärades av dina svårigheter att höra under de senaste två veckorna med ditt nuvarande cochleaimplantat (CI)?
- Besvärades väldigt mycket
 Besvärades en hel del
 Besvärades måttligt
 Besvärades lite
 Besvärades inte alls
9. Hur mycket har ditt nuvarande cochleaimplantat (CI) påverkat din livsglädje om du tar hänsyn till allt?
- Försämrat
 Ingen ändring
 Förbättrat något
 Förbättrat en hel del
 Förbättrat väldigt mycket
10. Sett till de senaste tre månaderna, är du nöjd med ljudkvaliteten i ditt/dina nuvarande cochleaimplantat (CI)?
- Mycket ofta
 Ofta
 Ibland
 Sällan
 Aldrig
11. Kan du avgöra var en ljudkälla finns i din omgivning även om du inte ser den?
- Mycket ofta
 Ofta
 Ibland
 Sällan
 Aldrig
12. Har du svårigheter att hantera ditt/dina nuvarande cochleaimplantat (CI), t.ex. sätta på plats, byte av filter, byta/ladda batteri eller hantera reglage/fjärrkontroll?
- Mycket ofta
 Ofta
 Ibland
 Sällan
 Aldrig
13. Har det hänt under de senaste tre månaderna att ljudet i ditt/dina nuvarande cochleaimplantat (CI) blivit oacceptabelt starkt?
- Mycket ofta
 Ofta
 Ibland
 Sällan
 Aldrig

14. Har ditt/dina nuvarande cochleaimplantat (CI) förändrat din förmåga att delta i samtal i bullriga miljöer eller i miljöer där många (fler än 4 personer) pratar samtidigt?

Försämrats mycket
 Försämrats
 Ingen förändring
 Förbättrats
 Förbättrats mycket

15. Har ditt/dina nuvarande cochleaimplantat (CI) förändrat din förmåga att delta i samtal i lugna miljöer eller i miljöer där få (4 personer eller färre) pratar samtidigt?

Försämrats mycket
 Försämrats
 Ingen förändring
 Förbättrats
 Förbättrats mycket

16. Upplever du att ditt tal är lätt att förstå för andra?

Nej, aldrig
 Nästan aldrig
 Ibland
 Nästan alltid
 Ja, alltid

17. Kan du avgöra om din röst är lagom stark i samtal?

Nej, aldrig
 Nästan aldrig
 Ibland
 Nästan alltid
 Ja, alltid

18. Är du säker på hur språkljud uttalas?

Nej, aldrig
 Nästan aldrig
 Ibland
 Nästan alltid
 Ja, alltid

19. Hur mycket påverkar tinnitus ditt dagliga liv?

Har inte tinnitus
 Påverkar inte alls
 Påverkar lite
 Påverkar en hel del
 Påverkar väldigt mycket

20. Hur mycket påverkar yrsel ditt dagliga liv?

Har inte yrsel
 Påverkar inte alls
 Påverkar lite
 Påverkar en hel del
 Påverkar mycket

21. Vilket stöd upplevde du från familj och närstående i samband med beslut kring cochleaimplantat (CI), operationen och rehabiliteringen efter operationen?

Inget stöd
 Litet stöd
 Måttligt stöd
 Stort stöd
 Mycket stort stöd
 Ej Aktuellt

22. Hur har ditt vardagsliv förändrats av att du fått cochleaimplantat (CI)?

Försämrats mycket
 Försämrats något
 Ingen förändring
 Förbättrats något
 Förbättrats mycket

23. Är du nöjd med vården i samband med rehabiliteringen efter CI-operationen?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nej,
inte alls | Till liten del | Till viss del | Till stor del | Ja,
helt och hållet |

24. Gjorde vårdpersonalen dig delaktig i besluten kring din CI-vård/rehabilitering?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nej,
inte alls | Till liten del | Till viss del | Till stor del | Ja,
helt och hållet |

25. Kände du dig bemött med respekt och värdighet av vårdgivare i samband med din CI-vård/rehabilitering?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nej,
inte alls | Till liten del | Till viss del | Till stor del | Ja,
helt och hållet |

26. Fick du tillräckligt med information från vårdgivare om din CI-vård/rehabilitering med cochleaimplantat (CI)?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nej,
inte alls | Till liten del | Till viss del | Till stor del | Ja,
helt och hållet |

27. Anser du att hörselvården har samordnat dina kontakter med andra vårdenheter i den utsträckning som behövs efter din CI-operation?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nej,
inte alls | Till liten del | Till viss del | Till stor del | Ja,
helt och hållet |

28. Vad är din nuvarande huvudsakliga sysselsättning? Flera alternativ är möjliga.

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Studerande | Arbets sökande | Heltids-
arbetande | Deltids-
arbetande | Ålderspensionär | Ersättning från
Försäkringskassan |