

	Har du :	Aldrig	Sällan	Ibland	Alltid
		0	1	2	3
1	upplevt förändrat svettningmönster (minskad eller ökad svettning)?				
2	plötsliga diarrer?				
3	förstopningsbesvär?				
4	urineringsbesvär (inkontinens eller startsvårigheter)?				
5	torra ögon?				
6	torr mun?				
7	haft yrsel vid uppresning från sittande eller liggande?				
8	haft hjärtklappning?				
9	haft värmevallningar?				
10	upplevt att huden är extremt känslig?				
11	haft brinnande känsla i fötterna?				
12	svårigheter att tolerera beröring av lakan?				
13	upplevt rastlösa ben?				

Namn

Personnummer

Datum

SFN-SIQ = Small Fiber
Neuropathy- Symptoms
Inventory Questionnaire

Brouwer et al, JPNS
2015;20:333-40.