

Site Number:	Trial Visit:
Subject Number:	Date: ____ / ____ / ____ dd mm yyyy

MG-skala över aktiviteter i dagliga livet

Poster	Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Poäng (0,1,2,3)
1. Tal	Normalt	Intermittent sluddrigt eller nasalt tal	Konstant sluddrigt eller nasalt tal, men kan förstås	Svårighet att förstå tal	
2. Tuggning	Normal	Tröttsamt med fast föda	Tröttsamt med mjuk föda	Ventrikelsond	
3. Sväljning	Normal	Sällan förekommande kvävningshändelse	Ofta förekommande kvävningshändelse som kräver ändrad kost	Ventrikelsond	
4. Andning	Normal	Andfåddhet vid ansträngning	Andfåddhet vid vila	Respiratorberoende	
5. Nedsatt förmåga att borsta tänder eller kamma håret	Ingen	Extra ansträngning, men inget behov av viloperioder	Behov av viloperioder	Kan inte göra någon av dessa funktioner	
6. Nedsatt förmåga att resa sig från en stol	Ingen	Lätt, använder ibland armarna	Måttlig, använder alltid armarna	Uttalad, behöver hjälp	
7. Dubbelseende	Inget	Förekommer, men inte dagligen	Dagligen, men inte konstant	Konstant	
8. Hängande ögonlock	Inget	Förekommer, men inte dagligen	Dagligen, men inte konstant	Konstant	

Total ADL-poäng vid MG (posterna 1-8) \_\_\_\_\_

Clinical Evaluator's Signature:	Date: ____ / ____ / ____ dd mm yyyy
---------------------------------	--

Site Number:	Trial Visit:
Subject Number:	Date: ___ / ___ / ___ dd mm yyyy

Ange hur väl varje påstående stämde för dig (under de senaste 4 veckorna).

1. Jag är frustrerad över mitt tillstånd
2. Jag har svårigheter med att använda ögonen
3. Jag har svårigheter med att äta
4. Jag har begränsat mina sociala aktiviteter på grund av mitt tillstånd
5. Mitt tillstånd begränsar min förmåga att finna nöje i fritidsintressen och roliga aktiviteter
6. Jag har svårigheter med att uppfylla min familjs behov
7. Jag måste planera med hänsyn till mitt tillstånd
8. Min yrkesskicklighet och min arbetssituation har påverkats negativt
9. Jag har svårigheter att tala
10. Jag har svårigheter med att köra bil
11. Jag är deprimerad över mitt tillstånd
12. Jag har svårigheter med att gå
13. Jag har svårigheter med att ta mig runt på allmänna platser
14. Jag känner mig överväldigad av mitt tillstånd
15. Jag har svårigheter med att sköta mina kroppsvårdsbehov

Inte alls	Lite	Något	Ganska mycket	Väldigt mycket
0	1	2	3	4

Livskvalitet vid myastenia gravis  
"MG-QOL15"  
Burns TM, et al., *Muscle and Nerve* 2008

Summa MG-QOL15-poäng

It is recommended QOL be completed by the subject prior to any other visit procedures.

Subject Signature:	Date: ___ / ___ / ___ dd mm yyyy
--------------------	-------------------------------------

Swedish for Sweden  
MG-QOL 15\_ECU-MG-302\_Sweden (Swedish)