

Fysisk Aktivitet på Recept

FaR

Norrbottensmodellen



Testprotokoll 2

Frågeformulär

Namn.....

Personnr.....

EFTER 3 MÅN

ERGOMETERCYKELTEST:

Datum

Andn./Ben

Tid	Puls	Belast	Borg
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Puls vid stedy state:

Max Vo2 (L) före ålderskorrektion:

Max Vo2 (L) efter ålderskorrektion:

Max Vo2 ml/kg x min:

Värdering:

Längd:

Vikt:

BMI:

Midjemått:

Namn.....

Personnummer.....

Fysisk aktivitet

Efter 3 mån

1. Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?

Om din aktivitet varierar mellan t.ex. sommar och vinter, så försök att ta ett genomsnitt. Obs! Kryssa endast i ett alternativ!

1. Stillasittande fritid

Du ägnar dig mest åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden. Du promenerar, cyklar eller rör dig på annat sätt mindre än 2 timmar i veckan.

2. Måttlig motion på fritiden

Du promenerar, cyklar eller rör dig på annat sätt under minst 2 timmar i veckan oftast utan att svettas. I detta inräknas också promenad eller cykling till och från arbetet, övriga promenader, ordinarie trädgårdsarbete, fiske, bordtennis, bowling.

3. Måttlig, regelbunden motion på fritiden

Du motionerar regelbundet 1-2 gånger per vecka minst 30 minuter per gång med löpning, simning, tennis, badminton eller annan aktivitet som gör att du svettas.

4. Regelbunden motion och träning

Du ägnar dig åt t.ex. löpning, simning, tennis, badminton, motionsgymnastik eller liknande vid i genomsnitt minst 3 tillfällen per vecka. Vardera tillfället varar minst 30 minuter per gång.

2. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt måttligt ansträngande aktiviteter som får dig att bli varm? T.ex. promenader i rask takt, trädgårdsarbete, tyngre hushållsarbete, cykling, simning. Det kan variera under året, men försök ta någon slags genomsnitt. Ange ett alternativ!

1. 5 timmar per vecka eller mer

2. Mer än 3 timmar, men mindre än 5 timmar per vecka

3. Mellan 1 till 3 timmar per vecka

4. Högst en timme per vecka

5. Inte alls

3. Nuvarande fysiska aktivitetsnivå

Antal dagar med minst 30 minuters sammanlagd tid med måttlig ansträngande aktiviteter som får dig att bli varm, till exempel promenader i rask takt, trädgårdsarbete, tyngre hushållsarbete, cykling och simning

Antal dagar en normal vecka

Antal dagar senaste veckan

4. I allmänhet skulle du säga att din hälsa är?

1. Utmärkt

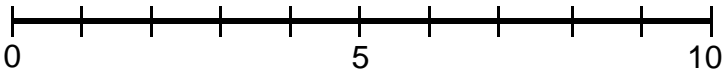
2. Mycket god

3. God

4. Någorlunda

5. Dålig

Enkät 2 - Uppföljningsenkäten för 3 månader

Uppföljningsdata	Variabelvärden
1. Namn	Personnummer
2. Dagens datum	Sjukskrivning <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja delvis <input type="checkbox"/> ja helt
3. Har du följt de rekommendationen på fysisk aktivitet som du fick i ditt FaR-recept vid besöket på vårdcentralen?	1. <input type="checkbox"/> Följer FaR 2. <input type="checkbox"/> Är aktiv men i annan aktivitet än FaR 3. <input type="checkbox"/> Följer inte FaR (gå till fråga 7)
4. Vilken/vilka har varit Din(a) huvudsakliga aktivitet/aktiviteter sedan du fick FaR-receptet? (ange ett eller flera alternativ)	1. <input type="checkbox"/> Promenader 7. <input type="checkbox"/> Styrketräning 2. <input type="checkbox"/> Stavgång 8. <input type="checkbox"/> Boll/racketsport 3. <input type="checkbox"/> Löpning 9. <input type="checkbox"/> Annan..... 4. <input type="checkbox"/> Simning 10. <input type="checkbox"/> Spinning/träningscykel 5. <input type="checkbox"/> Vattengympa 11. <input type="checkbox"/> Cykling 6. <input type="checkbox"/> Gympa 12. <input type="checkbox"/> Skidåkning
5. Hur upplever du att dina symtom/besvär påverkats sedan FaR-receptet förskrevs?	1. <input type="checkbox"/> Bättre tack vare FaR 2. <input type="checkbox"/> Oförändrad 3. <input type="checkbox"/> Sämre 4. <input type="checkbox"/> Ingen åsikt/kan ej bedöma/besvara
6. Hur upplever du att ditt allmänna hälsotillstånd påverkats sedan FaR-receptet förskrevs	1. <input type="checkbox"/> Bättre tack vare FaR 2. <input type="checkbox"/> Oförändrad 3. <input type="checkbox"/> Sämre 4. <input type="checkbox"/> Ingen åsikt
7. Om du inte följt FaR-receptet vad var huvudorsaken till ditt avbrott? (ange ett alternativ)	1. <input type="checkbox"/> Sjukdom 2. <input type="checkbox"/> Smärta 3. <input type="checkbox"/> Låg motivation 4. <input type="checkbox"/> Tidsbrist 5. <input type="checkbox"/> Ekonomi 6. <input type="checkbox"/> Annat
8. Hur nöjd är du med FaR som behandling?	<div style="text-align: center;">  </div>
Markera på skalan	
0= Mycket missnöjd	
10= Mycket nöjd	