**Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire:
Crohn’s Disease V2.1 (WPAI:CD) – Caregiver**

**Frågeformulär Om Nedsättning Av Arbetsproduktivitet Och Aktivitet:
Crohns sjukdom V2.1 (WPAI:CD) –** Vårdnadshavare

Följande frågor handlar om hur ditt barns Crohns sjukdom inverkar på din förmåga att arbeta och utföra vanliga aktiviteter. *Fyll i de tomma fälten eller ringa in en siffra, enligt anvisning.*

1. Arbetar du för närvarande (förvärvsarbetar)? \_\_\_\_\_ NEJ \_\_\_\_\_ JA

*Om NEJ, bocka för “NEJ” och gå till fråga 6.*

Följande frågor handlar om de **senaste sju dagarna**, med undantag för idag.

2. Hur många timmar var du borta från arbetet under de senaste sju dagarna, beroende på problem i samband med ditt barns Crohns sjukdom? *Ta med timmar då du var hemma för vård av sjukt barn, de gånger du kom senare till arbetet, gick tidigare osv., på grund av ditt barns Crohns sjukdom. Ta inte med de gånger som du var borta för att ditt barn deltog i denna studie.*

\_\_\_\_\_ TIMMAR

3. Hur många timmar var du borta från arbetet under de senaste sju dagarna på grund av andra orsaker. t. ex. semester, helgdagar, ledighet för att ditt barn deltog i denna studie?

\_\_\_\_\_ TIMMAR

4. Hur många timmar arbetade du egentligen under de senaste sju dagarna?

\_\_\_\_\_ TIMMAR *(Om “0”, gå till fråga 6.)*

5. Hur mycket påverkade ditt barns Crohns sjukdom din produktivitet under de senaste sju dagarna, när du arbetade?

Tänk på dagar då den mängd eller typ av arbete som du skulle ha kunnat utföra var begränsad, andra dagar då du åstadkom mindre än du ville eller de dagar då du inte kunde utföra ditt arbete så noggrant som vanligt. Välj en låg siffra ifall ditt barns Crohns sjukdom påverkade ditt arbete bara lite grand. Välj en hög siffra ifall ditt barns Crohns sjukdom påverkade ditt arbete en hel del.

Ta endast hänsyn till hur mycket ditt barns Crohns sjukdom påverkade
produktiviteten när du arbetade.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mitt barns Crohns sjukdom påverkade inte mitt arbete |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Mitt barns Crohns sjukdom hindrade mig helt från att arbeta |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

RINGA IN EN SIFFRA

6. Hur mycket har ditt barns Crohns sjukdom påverkat din förmåga att utföra vanliga dagliga aktiviteter, utöver att arbeta, under de senaste sju dagarna?

*Med dagliga aktiviteter menas de vanliga aktiviteter som du utför, t. ex. arbeta i hemmet, handla, barntillsyn, motion, studier osv. Tänk på de gånger då den mängd eller de slags aktiviteter som du skulle ha kunnat utföra var begränsad och de gånger då du åstadkom mindre än du ville. Välj en låg siffra ifall ditt barns Crohns sjukdom påverkade dina aktiviteter bara lite grand. Välj en hög siffra ifall ditt barns Crohns sjukdom påverkade dina aktiviteter en hel del.*

Ta endast hänsyn till hur mycket ditt barns Crohns sjukdom påverkade din förmåga att utföra
dina vanliga dagliga aktiviteter, förutom att förvärvsarbeta.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mitt barns Crohns sjukdom påverkade inte mina dagliga aktiviteter |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Mitt barns Crohns sjukdom hindrade mig helt från att göra mina dagliga aktiviteter |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

RINGA IN EN SIFFRA