





## Notes / Information:

There are some more pathogens which were transmitted by ticks beside of borrelia and tick-borne encephalitis: Sporozoa, fungi, different kinds of bacteria and viruses.

In addition to that it is also possible that you have been contracted with one or more pathogens before or after Lyme disease infection.

If then your immune system is weak, due to for example stress or Lyme disease, these pathogens are able to proliferate strongly.

These co-infections can complicate the diagnosis and treatment of Lyme disease because together with Lyme disease it is a difficult clinical picture.

It is more difficult to combat pathogens, immune system is debilitated and organs are more affected than without co-infections.

Patients with co-infections have a different clinical picture than patients who suffer from only a single infection.

Symptoms are maybe different and / or not all typical symptoms appear, i.e. disease can be atypical.

Due to co-infections, which lead to a severe, acute disease including a wide spectrum of symptoms, you need more time to recover from your disease.

The following chart mentions possible symptoms of the relevant co-infections of Lyme disease.

# Co-Infektions of Lyme Disease Checklist of Symptoms

Stand 15.05.2009  
 Page 2 von 2

© Copyright Borreliose Centrum Augsburg

.....  
 Name, Firstname

.....  
 Date

CO	Symptoms - Please tick the appropriate symptoms	X	Score-Points (to be filled in by the physician)	Ran- king
01	Stomach-ache		Ehrlichia:.....	
02	Anaemia		Babesia:.....	
03	Diarhoea		Rickettsia:.....	
04	Fever or feverish feeling		Bartonella:.....	
05	Lack of concentration, memory disturbance, forgetfulness		Chl.pneumoniae:.....	
06	Encephalitis (Inflammation of the brain)		Chl.trachomatis:.....	
07	Yellowish colour of the skin (Jaundice)		Yersinia:.....	
08	Painful joints		Mykoplasma:.....	
09	General aches and pains		Coxsackie-Virus:.....	
10	Flu-like symptoms		EBV:.....	
11	Rash			
12	Petechiae			
13	Heart-problems			
14	Cough			
15	Headache			
16	Impaired liver function/ liver parameters			
17	Pneumonia			
18	Swollen or inflamed lymph nodes			
19	Tonsilitis			
20	Enlargement of the spleen (Splenomegaly)			
21	Fatigue / exhaustion			
22	Muscle pain			
23	Shivering			
24	Blurred vision			
25	Nausea, vomiting			
26	Dark urine			
27	Painful or ichty urinating			

Fatigue Severity Scale (FSS) (Krupp et al., 1989, til norsk ved Lerdal, 2005)

**SKALA FOR GRADERING AV DET Å VÆRE SLITEN, UOPPLAGT  
OG HA MANGEL PÅ OVERSKUDD**

Velg ett tall fra 1 til 7 som angir i hvor stor grad du er enig med hvert enkelt utsagn, der 1 angir at du er helt uenig og 7 at du er helt enig. Sett ring rundt ett tall for hvert utsagn.

	Helt uenig			Helt enig			
Min motivasjon er lavere når jeg er sliten og uopplagt	1	2	3	4	5	6	7
Fysisk aktivitet gjør meg sliten og uopplagt	1	2	3	4	5	6	7
Jeg blir fort sliten og uopplagt	1	2	3	4	5	6	7
Det at jeg er sliten og uopplagt, virker inn på hvordan jeg fungerer fysisk	1	2	3	4	5	6	7
Det at jeg er sliten og uopplagt, skaper ofte vanskeligheter for meg	1	2	3	4	5	6	7
Det at jeg er sliten og uopplagt, hindrer meg i å opprettholde min fysiske funksjonsdyktighet over tid	1	2	3	4	5	6	7
Det at jeg er sliten og uopplagt, virker inn på evnen til å utføre visse oppgaver og plikter	1	2	3	4	5	6	7
Det at jeg er sliten og uopplagt, er ett av de tre symptomene som hemmer meg mest	1	2	3	4	5	6	7
Det at jeg er sliten og uopplagt, virker inn på mitt arbeid, mitt familieliv eller omgang med venner og kjente	1	2	3	4	5	6	7

Navn:.....

Født:.....

E-Mail:.....

Jeg godtar at mine svar benyttes konfidensielt i undersøkelsen – "Lyme Borreliose – Pilotprosjekt 2009-2010"

Sign:.....Dato:.....

Send skjema ferdig utfylt til:  
Dag Tveiten  
BMLab  
PB 3994, Ullevaal Stadion  
0806 Oslo



**SF-36 SPØRRESKJEMA OM HELSE**

INSTRUKSJON: Dette spørreskjemaet spør om hvordan du ser på din egen helse. Disse opplysningene vil hjelpe oss til å få vite hvordan du har det og hvordan du er i stand til å utføre dine daglige gjøremål.

Hvert spørsmål skal besvares ved å krysse av det alternativet som passer best for deg. Hvis du er usikker på hva du skal svare, vennligst svar så godt du kan.

- 1 Stort sett, vil du si helsen din er:
- (Kryss av ett alternativ)
- 1  Utmerket
  - 2  Meget god
  - 3  God
  - 4  Ganske god
  - 5  Dårlig

SF  
1

- 2 Sammenlignet med for ett år siden, hvordan vil du si helsen din stort sett er nå?
- (Kryss av ett alternativ)
- 1  Mye bedre nå enn for ett år siden
  - 2  Litt bedre nå enn for ett år siden
  - 3  Omtrent den samme som for ett år siden
  - 4  Litt dårligere nå enn for ett år siden
  - 5  Mye dårligere nå enn for ett år siden

2

- 3 De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er helsen din slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå? Hvis ja, hvor mye?

(Kryss av ett alternativ på hver linje)

	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
a. Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b. Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå tur eller drive med hagearbeid	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
c. Løfte eller bære en handlekurv	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
d. Gå opp trappen flere etasjer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
e. Gå opp trappen en etasje	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
f. Bøye deg eller sitte på huk	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
g. Gå mer enn to kilometer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
h. Gå noen hundre meter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
i. Gå hundre meter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

3-  
12

j. Vaske deg eller kle på deg 1  2  3

4 I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse?

(Kryss av ett alternativ på hver linje)

- |   | JA                         | NEI                        |    |
|---|----------------------------|----------------------------|----|
| a. Har du redusert tiden du har brukt på arbeidet ditt eller andre aktiviteter  | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 13 |
| b. Har du utrettet mindre enn du hadde ønsket   | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 14 |
| c. Har du vært hindret i visse typer arbeid eller andre aktiviteter   | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 15 |
| d. Har du hatt vanskeligheter med å utføre arbeidet ditt eller andre aktiviteter (f.eks. fordi det krevde ekstra anstrengelser) | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 16 |

5 I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (f.eks. fordi du har følt deg deprimert eller engstelig)?

(Kryss av ett alternativ på hver linje)

- |  | JA                         | NEI                        |    |
|--|----------------------------|----------------------------|----|
| a. Har du redusert tiden du har brukt på arbeidet ditt eller andre aktiviteter | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 17 |
| b. Har du utrettet mindre enn du hadde ønsket                                  | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 18 |
| c. Har ikke arbeidet eller utført andre aktiviteter like nøye som vanlig       | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 19 |

6 I løpet av de siste 4 ukene, i hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer hatt innvirkning på din vanlige sosiale omgang med familie, venner, naboer eller foreninger?

(Kryss av ett alternativ)

- 1  Ikke i det hele tatt  
2  Litt  
3  En del  
4  Mye  
5  Svært mye

7 Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste 4 ukene?

(Kryss av ett alternativ)

- 1  Ingen  
2  Meget svake  
3  Svake  
4  Moderate  
5  Sterke  
6  Meget sterke

(Kryss av ett alternativ)

- 8 I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)?
- 1  Ikke i det hele tatt  
 2  Litt  
 3  En del  
 4  Mye  
 5  Svært mye

- 9 De neste spørsmålene handler om hvordan du har følt deg og hvordan du har hatt det de siste 4 ukene. For hvert spørsmål, vennligst velg det svaralternativet som best beskriver hvordan du har hatt det. Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du:

(Kryss av ett alternativ på hver linje)

	Hele tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
a. Følt deg full av tiltakslyst?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
b. Følt deg veldig nervøs?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
c. Vært så langt nede at ingenting har kunnet muntre deg opp?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
d. Følt deg rolig og harmonisk?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
e. Hatt mye overskudd?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
f. Følt deg nedfor og trist?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
g. Følt deg sliten?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
h. Følt deg glad?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
i. Følt deg trett?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

- 10 I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (som det å besøke venner, slektninger osv.)?
- (Kryss av ett alternativ)
- 1  Hele tiden  
 2  Nesten hele tiden  
 3  En del av tiden  
 4  Litt av tiden  
 5  Ikke i det hele tatt

- 11 Hvor RIKTIG eller GAL er hver av de følgende påstander for deg?

(Kryss av ett alternativ på hver linje)

Påstander om din helse	Helt riktig	Delvis riktig	Vet ikke	Delvis gal	Helt gal
a. Det virker som om jeg blir lettere syk enn andre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>



- |  |                            |                            |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| b. Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| c. Jeg forventer at helsen min vil bli dårligere | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| d. Helsen min er utmerket                        | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

Navn:.....

Født:.....

E-Mail:.....

Jeg godtar at mine svar benyttes konfidensielt i undersøkelsen – "Lyme Borreliose – Pilotprosjekt 2009-2010"

Sign:.....Dato:.....

Send skjema ferdigutfylt til:

Dag Tveiten

BMLab

PB 3994, Ullevaal Stadion

0806 Oslo