



## Patientinformation

# FUS - Information inför fiberendoskopisk undersökning av sväljningen (FUS)

**Undersökningstid:** cirka 45 minuter.

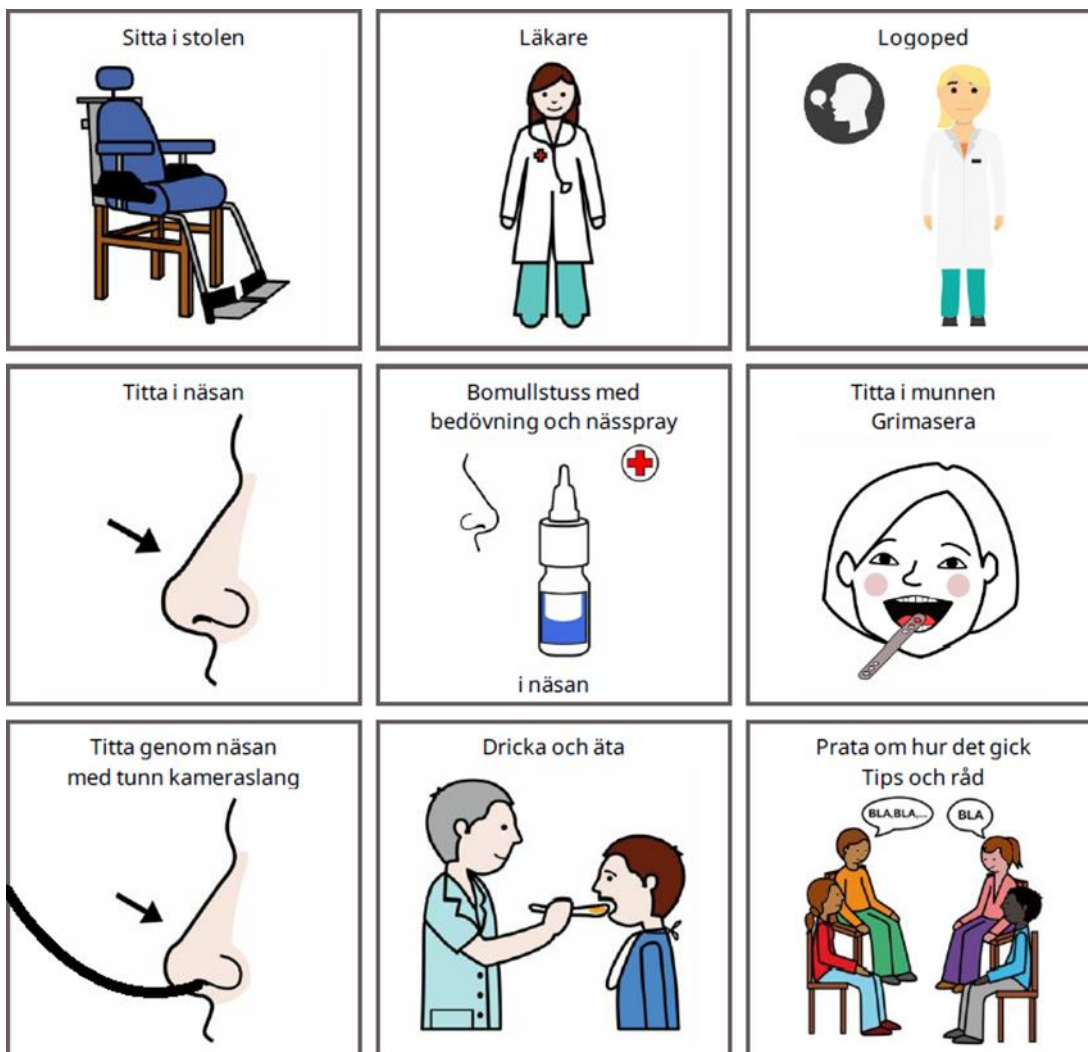
**Syfte:** att bedöma sväljningsfunktionen, orsaker till sväljsvårigheter och råd kring hur sväljfunktionen kan förbättras.

**Utförande:** du får sitta i en vanlig undersökningsstol. Undersökningen utförs av läkare och logoped. Du får bedövningsspray i näsan. Ett fiberskop förs in genom näsan till nedre delen av svalget. Du kommer sedan att få prova olika typer av dryck i tunn (mjölk och kolsyrat vatten) och tjockare konsistens (nyponsoppa och kräm) och till slut ett mariekex så att olika aspekter på sväljningen kan observeras.

Undersökningen spelas in och möjlighet att titta på inspelningen tillsammans efteråt finns.

**Förberedelser:** du kan äta och dricka som vanligt före undersökningen. Du kan också ta dina mediciner som vanligt. Ta med en lista på dina mediciner. Vid besöket, meddela oss om eventuella allergier.

Om du har svårt att prata eller ta till dig information, låt gärna anhörig och/eller vårdpersonal medfölja.



# FRÅGEFORMULÄR VID ÖVRE SVÄLJNINGSBESVÄR

Var vänlig fyll i detta formulär så utförligt som möjligt och tag med det till läkare/logopedbesök på Öron-,näs- och halsmottagningen, NÄL.

Uppgifterna i formuläret behandlas enligt sekretesslagen.

Namn.....

Personnr.....

Adress.....

Tel hem.....

Namn anhörig .....

Tel arb.....Tel anhörig.....

E:mail.....

Mobiltel.....

Yrke/sysselsättning.....

## Kryssa i om du har/haft följande sjukdomar:

Lunginflammation. Senaste året	Ja	Nej	Stroke	Ja	Nej
Annan lungsjukdom	Ja	Nej	Tumörsjukdomar	Ja	Nej
Hjärtsjukdom	Ja	Nej			
Diabetes	Ja	Nej			
Struma	Ja	Nej			
Magsjukdomar	Ja	Nej			
Har du sura uppstötningar	Ja	Nej			
Annan neurologisk sjukdom	Ja	Nej			

Övrigt:

Tar du några mediciner Ja Nej

Om ja, vilka?

Vad upplever du som ditt största problem när du ska äta/dricka?

---

Hur länge har du haft svårt att äta och/eller dricka?

---

Har dina sväljningsbesvär blivit värre senaste månaderna?    Ja    Nej  
Om ja, hur mycket på hur lång tid?

---

Uppskattar du mat?    Ja    Nej

Äter du all slags mat?    Ja    Nej  
Om nej, vad undviker du?

---

Tar det längre tid för dig att äta nu än tidigare?    Ja    Nej  
Om ja, hur lång tid?

---

Använder du hjälpmedel i matsituationen?    Ja    Nej  
Om ja, vad för slags hjälpmedel?

---

Har du svårt att få maten till mun?    Ja    Nej

Klarar du av att äta själv?    Ja    Nej

Har du egna tänder?    Ja    Nej

Har du protes?    Ja    Överkäke    Underkäke

Har du blivit utredd för dina sväljningsbesvär?    Ja    Nej  
Om ja, var och när?

**Svårighetsgrad****Konsistens**

Aldrig      Någon gång      Dagligen      Varje måltid  
i veckan

Har du svårt att dricka tunna drycker?				
Har du svårt att dricka tjocka drycker? (t ex nyponsoppa, filmjök?)				
Har du svårt att äta fast föda? (t ex kött, bröd)				

## Läppar/munhåla/hals

Rinner det saliv eller dryck ut ur munnen?				
Besväras du av muntorrhet?				
Besväras du av för mycket saliv?				
Har du svårt att tugga?				
Har du svårt att flytta tuggan bakåt i munnen?				
Lägger sig mat utmed tandraden?				
Har du svårt att börja svälja?				
Fastnar maten i halsen?				
Behöver du svälja ett par gånger för att få ner tuggan?				
Har du svårigheter att hosta upp?				
Gör det ont när du sväljer?				

**Markera med ett kryss på linjen nedan hur du upplever dina Sväljningsproblem:**

Obetydligt

Outhärdliga



Övrigt du vill upplysa om:

---

---

Ger du ditt samtycke till att vi vid behov diskuterar dina Sväljningssvårigheter med annan medicinsk expertis eller med vård-  
Personal i syfte att ge dig bästa möjliga vård?

Ja

Nej

**Underskrift**

---

**Ifyllt datum**

---