

# SYM TOMSKATTNING

vid ordinationsändring, läkemedelsgenomgång / årskontroll för att inventera symtom och problem som kan vara läkemedelsrelaterade.

## Skattningen utförd av:

- patient     
  närstående     
  omvårdnadspersonal  
 sjuksköterska

namn:.....

## Upplever Du / patienten problem med:

### Patientdata

Namn:

Personnummer:

Enhet:

Puls:

datum:

Blodtryck sittande:

datum :

Blodtryck stående:

datum:

Vikt :

datum:

Antal falltillbud sista månaden:

Symtom	Nej	Ja	Nytt? Sedan när? Beskriv:	Skatta dina besvär med kryss på linjen
1. Aptit				Inga besvär alls _____ Mycket stora besvär
2. Diarré				Inga besvär alls _____ Mycket stora besvär
3. Förstoppning				Inga besvär alls _____ Mycket stora besvär
4. Hosta				Inga besvär alls _____ Mycket stora besvär
5. Illamående				Inga besvär alls _____ Mycket stora besvär
6. Muntorrhet				Inga besvär alls _____ Mycket stora besvär

Symtomskattningen gjord:

Datum .....klockslag.....

260819 LÄR - UT 2

V.g. vänd!

## Patientdata

Namn:

Personnummer:

## Upplever Du / patienten problem

Symtom	Nej	Ja	Nytt? Sedan när? Beskriv:	Skatta dina besvär med kryss på linjen	
7. Sinnesstämning				Inga besvär alls	_____ Mycket stora besvär
8. Smärta				Inga besvär alls	_____ Mycket stora besvär
9. Sömn				Inga besvär alls	_____ Mycket stora besvär
10. Trötthet				Inga besvär alls	_____ Mycket stora besvär
11. Vattenkastning				Inga besvär alls	_____ Mycket stora besvär
12. Yrsel				Inga besvär alls	_____ Mycket stora besvär

13. Kommentrar:

Symtomskattningen gjord:

Datum .....klockslag.....

260219 LÄR - UT 2