

Namn: _____ personnummer: _____ datum: _____

Inför mottagningsbesöket, barn

Inför besöket hos oss vore vi tacksamma för om Du kunde besvara dessa frågor. Svaren kommer att registreras i det nationella registret för patienter med inflammatorisk tarmsjukdom, SWIBREG. Dina svar gör att vi har lättare att följa din tarmsjukdom över tid och bedöma ditt sjukdomstillstånd. Det finns inget svar som är rätt eller fel, utan svara så som det stämmer bäst in på Dig själv.

Du svarar genom att för varje fråga välja ett alternativ.

Svara på fråga A-D med tanke på hur det varit **senaste veckan**:

A. Har Du symtom från Din tarmsjukdom?

- Inga symtom
- Lätta symtom
- Måttliga symtom
- Ganska svåra symtom
- Svåra symtom
- Mycket svåra symtom

B. Påverkar Din tarmsjukdom Din förmåga att klara av allt det Du måste eller vill i livet?

- Inte alls
- I låg grad
- I måttlig grad
- I ganska hög grad
- I hög grad
- I mycket hög grad

C. Skapar Din tarmsjukdom någon oro?

- Inte alls
- I låg grad
- I måttlig grad
- I ganska hög grad
- I hög grad
- I mycket hög grad

D. Hur är Ditt allmänna välbefinnande, hur mår Du?

- Mycket bra
- Bra
- Ganska bra
- Dåligt
- Mycket dåligt
- Förfärligt

Är du eller har du tidigare i livet varit rökare?

(Med rökning avses dagligt nyttjande av cigaretter under minst 6 månaders tid)

 Aldrig varit rökare Tidigare varit rökare Är rökare idag

a. Om du röker eller har rökt, när började du röka? _____ (årtal)

b. Om du är tidigare har varit rökare, när slutade du röka? _____ (årtal)

c. Om du gjort uppehåll under minst 1 år, när slutade du röka _____ (årtal)

när började du igen att röka _____ (årtal)

Svara på följande frågor för den tidsperiod som anges:**1. Hur har Du mått under det senaste dygnet?**
 Bra Inte helt bra Dåligt Mycket dåligt Förfärligt
2. Har Du behövt avstå från fritidsaktiviteter eller stanna hemma från skolan på grund av Din tarmsjukdom:2a) under den sista veckan? Nej Ja, någon gång Ja, till stor del2b) under de senaste 2 dyggen? Nej Ja, någon gång Ja, till stor del**3 a) Har Du haft ont i magen under den senaste veckan?**

-
- Nej
-
-
- Mild, knappt kännbar smärta, som inte påverkat mig eller mina dagliga aktiviteter
-
-
- Måttlig smärta, som påverkat det dagliga livet
-
-
- Svår smärta, har inte kunnat gå i skolan eller delta i fritidsaktiviteter

b) Har Du haft ont i magen under de senaste 2 dyggen?

-
- Nej
-
-
- Mild, knappt kännbar smärta, som inte påverkat mig eller mina dagliga aktiviteter
-
-
- Måttlig smärta, som påverkat det dagliga livet
-
-
- Svår smärta, har inte kunnat gå i skolan eller delta i fritidsaktiviteter

c) Har Du haft ont i magen under det sista dygnet?

-
- Nej
-
-
- Mild, knappt kännbar smärta, som inte påverkat mig eller mina dagliga aktiviteter
-
-
- Måttlig smärta, som påverkat det dagliga livet
-
-
- Svår smärta, har inte kunnat gå i skolan eller delta i fritidsaktiviteter

4. Hur många avföringar har Du haft totalt per dygn (dag+natt) under de senaste 2 dyggen?
 0-2 stycken/dygn 3-5 stycken/dygn 6-8 stycken/dygn Mer än 8 stycken/dygn
5. Hur har avföringen sett ut mestadels under de senaste 2 dyggen?
 Formad avföring Delvis formad avföring Oformad, lös avföring
6. Hur många lösa avföringar har Du haft under det sista dygnet?

Svara med exakt antal: _____stycken per dygn

7. Har Du vaknat för att gå upp och bajsas någon gång under de senaste 2 nätterna?

- Nej Ja

8. Har dina avföringar innehållit blod och i så fall hur mycket under de senaste 2 dyggen?

- Inget blod
 Små mängder blod i mindre än hälften av avföringarna
 Små mängder blod i mer än hälften av avföringarna
 Stora mängder blod (mer än hälften av avföringen har bestått av blod) i de flesta avföringarna

9. Vilket av följande alternativ stämmer bäst för din situation under den senaste veckan:

- 0-1 lösa avföringar per dygn utan blod
 Upp till 2 halvfasta avföringar/dygn med små mängder blod eller 2-5 lösa avföringar per dygn
 Mycket blod eller mer än 5 lösa avföringar per dygn eller nattlig avföring

Under den senaste veckan har jag haft besvär med:

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Feber med 38,5 grader eller mer under minst 3 dagar | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Ledbesvär | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Ögoninflammation | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hudutslag | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Sår i munhålan | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Besvär från ändtarmsöppningen | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

För närvarande tar jag följande mediciner och näringsdrycker:

Namn på medicin och näringsdryck	Styrka/ Mängd	Dos på morgon	Dos på lunch	Dos på kväll	Dos till natten

Jag vill **inte** att mina svar registreras i det svenska registret för patienter med inflammatorisk tarmsjukdom