



Egenremiss till Ätstörningsenheten Skaraborgs Sjukhus – 18 år och äldre

Egenremiss är en remiss du skriver själv. Remissen kommer att bedömas av vårdgivare på samma sätt som alla remisser. Denna egenremiss gäller för de som är 18 år och äldre. För barn/ungdomar hänvisar vi till EVI ("En väg in")

Personnummer:

Namn:

Adress:

Postnummer: Ort:

Datum: Telefonnummer:

1. Berätta varför du skriver denna remiss. Inkludera när problematiken startade och vad du skulle vilja ändra på (obligatorisk)

.....
.....
.....
.....
.....

2. Aktuell vikt och längd (obligatorisk)

.....

3. Vad vägde du innan ätproblemen började?

.....

4. När började ätproblemen?

.....

Viktmönster

5. Beskriv i den utsträckning du kan din viktutveckling de senaste månaderna/åren. Vet du ej den specifika vikten, har klädstorleken ökat, minskat eller varit oförändrad?).

.....

.....

.....

Ätmönster och vikt-/kroppsfixering

6. Beskriv så noggrant som möjligt vad du äter och dricker under en dag. (Om det är svårt, beskriv hur ditt matintag sett ut under gårdagen). Beskriv mängderna.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Tror du ätproblemen kan kopplas till något av följande alternativ (Kryssa i rutan/rutorna):

- En stark önskan att förändra kroppen, antingen genom att gå ner i vikt eller bygga muskler / bekymmer över storlek, kroppsform eller vikt
- Bristande intresse för mat
- Rädsla för att kräkas eller sätta i halsen när du äter
- Matens sensoriska egenskaper (t.ex. om du har svårt för vissa smaker, konsistenser eller färger)
- Annat (beskriv):

.....
.....

8. Förekommer det att du hetsäter? (Med hetsätning menas att äta stora mängder mat under en kort tid.) Om ja, hur många tillfällen per vecka ungefär?

.....
.....

9. Om du hetsäter, kan du beskriva vad det innebär? (tidpunkt på dygnet, vilka livsmedel, ungefärlig mängd, under hur lång tid)

.....
.....
.....

Upplever du att du tappar kontrollen vid dessa tillfällen: Ja/nej

Hur länge har detta pågått (antal veckor, månader, år)?

10. Framkallar du kräkningar? Om ja, hur många tillfällen per vecka ungefär?

.....

11. Vad är syftet med kräkningar (t.ex. viktkontroll, ångestlindring eller annat?):

.....

När framkallar du kräkningar: (t.ex. direkt efter måltid, flera timmar efter, oberoende av matintag?)

.....

Hur länge har detta pågått (veckor, månader, år)?

12. Händer det att du försöker kontrollera din vikt genom att motionera hårt? Om ja, beskriv vad för typ av aktivitet, hur ofta och längd på motionspass.

.....
.....

13. Använder du laxermedel, vätskedrivande medel, anabola steroider, injektioner eller läkemedel för viktminskning? Om ja, beskriv vad du använder och hur ofta.

.....
.....

14. Händer det att du försöker kontrollera din vikt på annat sätt? Om ja, beskriv på vilket sätt.

.....
.....

15. Har du opererats för att gå ned i vikt (t.ex. gastric bypass eller liknande viktminskningskirurgi)? Om ja, berätta vilket ingrepp som genomfördes och när).

.....
.....

Frågor för kvinnor

16. Menstruerar du?

- Ja, regelbundet
- Ja, men oregelbundet
- Nej, jag är gravid,
- Nej, jag har aldrig haft mens
- Nej, min mens har upphört. Hur länge?

17. Använder du preventivmedel och i så fall vilket?

.....

Vårdhistorik

18. Har du i nuläget andra pågående sjukvårdskontakter (exempelvis vårdcentral, psykiatri)? Om ja, var?

.....

.....

19. Har du tidigare haft vårdkontakter med psykiatri (När, diagnoser, terapi)?

.....
.....

20. Har du varit i behandling för ätstörning tidigare? Nej Ja

21. Om de svarar Ja på föregående fråga: När, var, för vilken ätstörningsdiagnos, typ av behandling?

.....
.....
.....
.....

22. Har du varit allvarligt sjuk tidigare i livet? Nej Ja

Läkemedel och droger

23. Äter du läkemedel eller hälsokostpreparat, i så fall vilka?

.....
.....
.....

24. Hur ser nuvarande vanor av alkohol och droger ut?

.....

Har du tidigare haft överkonsumtion av alkohol eller bruk av droger? Om ja, beskriv:

.....
.....

Övriga uppgifter

25. Vad har du för sysselsättning just nu? (t.ex. typ av arbete / studier / arbetslös / sjukskriven).

.....

26. Hur bor du (t.ex. med partner/föräldrar/ensam /annat)?

.....

27. Beskriv din familjesituation (t.ex. partner, barn. (Obligatorisk)

.....

.....

Jag samtycker till tillgång till Nationella patientöversikten för överblick av mina vårdkontakter

Ja

Nej