

Livskvalitetsundersökning (lilla LILA)

Datum:
Kön:

Ålder:
Allergier:

1. Gradera dina allergisymtom en vanlig vecka under den period du har det som värst.
(0 = inga besvärande symtom, 10 = mycket svåra symtom). **Ringa in aktuell siffra.**

a. **Näsa** (rinnsnuva, nästäppa, klåda, nysningar)

Inte alls
besvärande 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket
svåra

b. **Ögon** (röda, kliande/grusiga, rinnande)

Inte alls
besvärande 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket
svåra

c. **Trötthet**

Inte alls
besvärande 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket
svåra

2. Vilken typ av allergimedicin använder du? (sätt X i rutan)

Medicin	Regelbundet	Vid behov
a. Antihistamintablett (allergitablett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kortisonnässpray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ögondroppar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kortisonletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Receptfria mediciner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Har du besvär trots medicineringen?

(0 = inga besvärande symtom, 10 = mycket svåra symtom). **Ringa in aktuell siffra.**

Inte alls
besvärande 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket
Svåra

4. Hur nöjd är du med din behandling?

(0 = helt missnöjd, 10 = helt nöjd). **Ringa in aktuell siffra.**

Inte alls
besvärande 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket
Svåra