

SOMATISK ANAMNES A

ALLMÄNTILLSTÄND

1. Anamnes lämnas av:

14

- 0.
- 1. Probanden *A 5089*
- 2. Anhörig
- 3. Hemvårdare
- 4. Sjukvårdspersonal
- 5. Journaluppgifter
- 6. Kombination av ovanstående
- 9.

2. Känner Ni Er frisk?

15

- 0.
- 1. Ja *A 5090*
- 2. Nej
- 9.

3. På vad sätt känner Ni Er inte frisk?

16

- 0.
- 1. Hjärt-kärlbesvär *A 5091*
- 2. Luftrörsbesvär
- 3. Mag-tarmbesvär
- 4. Besvär från urinvägar
- 5. Muskel-ledbesvär
- 6. Uttalad trötthet
- 7. Psykiska besvär
- 8. Övrigt
- 9.

Anm. ....  
.....  
.....

4. Känner Ni Er allmänt trött?

17

- 1. Nej *A 5092*
- 2. Ja
- 9.

5. Har tröttheten ökat eller minskat påtagligt de senaste veckorna?

18

0.

1. Nej  
2. Ja, ökat  
3. Ja, minskat

ASD 93

9.

6. Känner Ni Er vanligen allmänt varm eller allmänt frusen?

19

1. Nej  
2. Varm  
3. Frusen

ASD 94

9.

7. Känner Ni Er vanligen svettig eller torr?

20

1. Nej  
2. Svettig  
3. Torr

ASD 95

9.

8. Har Er aptit påtagligt ökat eller minskat?

21

1. Nej  
2. Ja, ökat  
3. Ja, minskat

ASD 96

9.

9. Har Er törst påtagligt ökat eller minskat?

22

1. Nej  
2. Ja, ökat  
3. Ja, minskat

ASD 97

9.

10. Brukar Ni ha klåda

23

1. Nej  
2. Ja

ASD 98

9.

11. Var sitter denna klåda?

A 5099

24

0.  
 1. Över lokaliserade, förändrade hudområden  
 2. Kring ändtarmsöppningen  
 3. I underlivet  
 4. Över hela kroppen  
 5. Över lokaliserade icke förändrade hudområden  
 6. Kombination av ovanstående  
 9.

HUVUDVÄRK

12. Brukar Ni ha huvudvärk?

A 5100

25

1. Nej, aldrig  
 2. Ja, en gång per månad eller mer sällan  
 3. Ja, en gång per vecka  
 4. Ja, dagligen  
 9.

13. Har huvudvärken påtagligt ökat eller minskat under de senaste veckorna?

A 5101

26

0.  
 1. Nej  
 2. Ja, ökat  
 3. Ja, minskat  
 9.

14. Var sitter huvudvärken? Peka.

A 5102

27

0.  
 1. Hela huvudet  
 2. Pannan  
 3. Hjässan  
 4. Bakhuvudet  
 5. Pannan + hjässan  
 6. Pannan + bakhuvudet  
 7. Hjässan + bakhuvudet  
 8. Ensidigt  
 9.

15. När på dygnet har Ni huvudvärk?

A 5103

28

0.  
 1. Hela dygnet  
 2. Morgonen  
 3. Mitt på dagen  
 4. Kvällen  
 5. Morgonen + mitt på dagen  
 6. Morgonen + kvällen  
 7. Mitt på dagen + kvällen  
 8. Varierande  
 9.

## MAGE OCH TARM

16. Brukar Ni ha ont i magen? Typ 1

1. Nej
2. Ja, en grundtyp
3. Ja, två grundtyper

9.

29

A5104

17. Hur ofta har Ni ont i magen?

- 0.
1. <1 gång per månad
2. Varje dag
3. Ett par gånger per vecka
4. Varje vecka
5. Varje månad

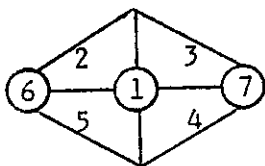
9.

30

A5105

18. Var är smärtorna svårast? Peka.

0 0



Hela buken

8 8 9 9

31-32

19. Påverkas smärtorna av måltid

- 0.
1. Nej
2. Ja, smärtan värre
3. Ja, smärtan lindras

9.

33

A5107

20. Hur ofta har Ni ont i magen? Typ 2

- 0.
1. <1 gång per månad
2. Varje dag
3. Ett par gånger per vecka
4. Varje vecka
5. Varje månad

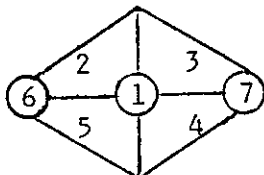
9.

34

A5108

21. Var är smärtorna svårast? Peka.

0 0



Hela buken

8 8 9 9

35-36

A5109

22. Påverkas smärtorna av måltid?

37

0.  
1. Nej  
2. Ja, smärtan värre  
3. Ja, smärtan lindras  
9.

A5110

23. Har Ni halsbränna eller sura uppstötningar?

38

1. Nej  
2. Ja  
9.

A5111

24. Brukar Ni ha illamående eller kräkningar?

39

1. Nej  
2. Ja, illamående  
3. Ja, kräkningar  
4. Ja, både illamående och kräkningar  
9.

A5112

25. Blir besvären värre efter måltid?

40

0.  
1. Nej  
2. Ja  
9.

A5113

26. Hur ofta brukar Ni ha avföring

41

1. <1 gång per vecka  
2. 2-4 gånger per vecka  
3. 5-6 gånger per vecka eller 1-2 gånger dagligen  
4. 3-5 gånger dagligen  
5. >5 gånger dagligen  
9.

A5114

27. Har Ni oftare eller mindre ofta avföring nu än för ett par år sedan?

42

0.  
1. Nej  
2. Ja, oftare  
3. Ja, mindre ofta  
9.

A5115

28. Vilken konsistens har avföringen?

43

1. Normal
2. Hård
3. Lös
4. 2+3

AS116

9.

29. Har avföringen annorlunda konsistens nu än för ett par år sedan?

44

1. Nej
2. Ja, hårdare
3. Ja, lösare

AS117

9.

30. Har det hänt att avföringen kommit av sig själv utan att Ni kan hålla igen?

45

1. Nej
2. Ja, någon enstaka gång
3. Ja, ganska ofta
4. Ja, alltid

AS118

9.

31. Använder Ni regelbundet någonting för att lättare få avföring?

46

1. Nej
2. Linfrö eller dylikt
3. Laxermedel
4. Lavemang
5. Linfrö eller dylikt + laxermedel
6. Linfrö eller dylikt + lavemang
7. Laxermedel + lavemang
8. Linfrö eller dylikt + laxermedel + lavemang
- 9.

AS119

32. Besväras Ni av gaser, buller och/eller körningar i magen?

47

1. Nej
2. Ja

AS120

9.

33. Har Ni en känsla av utpräglad torrhet i munnen?

48

1. Nej
2. Ja

AS121

9.