

Namn

Personnummer

Datum

## Hälsouppföljning för dig med ryggmärgsskada

Det övergripande syftet med uppföljningen är att hjälpa dig att få ett så gott hälsotillstånd som möjligt. Med uppföljningen kan eventuella risksituationer tidigt upptäckas så att hälsokomplikationer kan förebyggas eller åtgärdas.

Besvara frågorna i formuläret så uppriktigt som möjligt!

### Frågor om kroppsliga ryggmärgsskade-relaterade tillstånd

Vilka av dessa vanliga kroppsliga följder och/eller komplikationer har du?	Om "Ja": Har du märkt någon förändring av ditt tillstånd det senaste året eller sedan din senaste hälsouppföljning på kliniken? Beskriv gärna med ord.
<b>Förlamning</b> Nedsättning/bortfall av muskelfunktion <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Sämre (mer muskelsvag, svårare att göra någon rörelse)..... <input type="checkbox"/> Bättre ..... <input type="checkbox"/> Oförändrat
<b>Känslenedsättning/bortfall</b> Nedsatt förmåga att känna beröring, värme, kyla, smärta <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Sämre (minskad känsel) ..... <input type="checkbox"/> Bättre ..... <input type="checkbox"/> Oförändrat
<b>Spasticitet</b> Ofrivilligt ökad muskelspänning eller muskelryckning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Sämre (mer spastisk) ..... <input type="checkbox"/> Bättre ..... <input type="checkbox"/> Oförändrat
<b>Smärta/värk</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Sämre (förvärrad smärta eller nyttillkommen smärta)..... <input type="checkbox"/> Bättre ..... <input type="checkbox"/> Oförändrat
<b>Störning i urinblåsans funktion</b> Ex. läckage och infektioner <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Sämre (försämrad blåsfunktion, urinvägsinfektioner)..... <input type="checkbox"/> Bättre ..... <input type="checkbox"/> Oförändrat
<b>Störning i tarmens funktion</b> Ex. läckage eller förstoppning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Sämre (försämrad tarmfunktion)..... <input type="checkbox"/> Bättre ..... <input type="checkbox"/> Oförändrat
<b>Ändrad/nedsatt sexualfunktion</b> Ex. nedsatt lust eller förmåga <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Sämre (försämrad sexualfunktion) ..... <input type="checkbox"/> Bättre ..... <input type="checkbox"/> Oförändrat
<b>Andningsproblem</b> Ex. tungt att andas, svårighet att hosta <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Sämre (förvärrade andningsproblem) ..... <input type="checkbox"/> Bättre ..... <input type="checkbox"/> Oförändrat

forts. på nästa sida →


## Vanliga kroppsliga följder och/eller komplikationer forts.

<b>Sår i huden</b> Ex. trycksår, sår efter brännskada eller skavsår <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Sämre (nytt sår har uppkommit/tidigare sår har förvärrats) ..... <input type="checkbox"/> Bättre ..... <input type="checkbox"/> Oförändrat
<b>Fråga:</b> Försöker du förebygga sår på utsatta ställen där du har nedsatt känsel?	Avlastar regelbundet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Smörjer huden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Gör daglig hudinspektion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
<b>Svullnad i ben och/eller fötter</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Sämre (förvärrad svullnad) ..... <input type="checkbox"/> Bättre ..... <input type="checkbox"/> Oförändrat
<b>Fråga:</b> Använder du stödstrumpor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Oregelbundet
<b>Övrigt</b> Ex. kontraktur, benbrott, problem med fotsvamp, autonom dysreflexi, yrsel, heterotopisk benbildning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Beskriv vad: ..... ..... ..... .....

## Frågor om förändring av själsligt tillstånd och av livsvillkor

Har ditt <b>sjäsliga/psykiska</b> tillstånd (såsom: oro, ångest, nedstämdhet) <b>förändrats det senaste året</b> eller sedan din senaste hälsouppföljning på kliniken? <input type="checkbox"/> Sämre, på grund av ..... <input type="checkbox"/> Bättre, på grund av ..... <input type="checkbox"/> Oförändrat
Har dina <b>livsvillkor</b> (såsom: familj, vänner, boende, ekonomi, arbete) <b>förändrats det senaste året</b> eller sedan din senaste hälsouppföljning på kliniken? <input type="checkbox"/> Sämre, på grund av ..... <input type="checkbox"/> Bättre, på grund av ..... <input type="checkbox"/> Oförändrat

## Upplevd hälsa

<b>Sammantaget, hur upplever du din hälsa till kropp och själ just nu?</b> Markera den symbol som stämmer bäst! 
---

## Frågor om levnadsvanor

<b>Mat</b> Hur bedömer du dina matvanor?	<input type="checkbox"/> Mycket dåliga	<input type="checkbox"/> Dåliga	<input type="checkbox"/> Varken bra eller dåliga	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Mycket bra	
<b>Fysisk aktivitet</b> Vardagsmotion (Går, kör rullstol, cyklar, aktiva hushållssysslor (ex. städning), trädgårdsarbete etc.)	<input type="checkbox"/> Är helt fysisk inaktiv pga skada/sjukdom	<input type="checkbox"/> Sällan/oregelbundet	<input type="checkbox"/> 20-30 min/dag i genomsnitt	<input type="checkbox"/> 45 min/dag i genomsnitt	<input type="checkbox"/> 60 min/dag i genomsnitt	<input type="checkbox"/> 90 min/dag eller mer i genomsnitt
Träning (Mer ansträngande regelbunden aktivitet oftast planerad)	<input type="checkbox"/> Aldrig/mycket sällan	<input type="checkbox"/> Sällan/oregelbundet	<input type="checkbox"/> 1 ggr/v	<input type="checkbox"/> 2 ggr/v	<input type="checkbox"/> 3 ggr/v eller oftare	
Ange vad: .....						
<b>Tobak</b> Rökning (Pipa eller annan tobak omräknas i cigaretter)	<input type="checkbox"/> 20 cig/dag eller fler	<input type="checkbox"/> 10-19 cig/dag	<input type="checkbox"/> 1-9 cig/dag	<input type="checkbox"/> Vid enstaka tillfällen/feströker	<input type="checkbox"/> Röker ej	
Snus	<input type="checkbox"/> 7 dosor/vecka eller fler	<input type="checkbox"/> 4-6 dosor/vecka	<input type="checkbox"/> 1-3 dosor/vecka	<input type="checkbox"/> Högst 1 dosa/vecka	<input type="checkbox"/> Snusar ej	
<b>Alkohol</b> Hur många "glas" dricker du under en vanlig vecka?	<input type="checkbox"/> Jag dricker inte alkohol	<input type="checkbox"/> 15 eller fler	<input type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> Mindre än ett
Med ett "glas" menas: 50 cl folköl/33 cl starköl/1 glas vin/1 litet glas starkvin/4 cl sprit t ex whisky						
<b>Sömn</b> Hur många timmar/natt eller dygn sover du vanligen?	<input type="checkbox"/> 5 tim eller färre	<input type="checkbox"/> ca 6 tim	<input type="checkbox"/> ca 7 tim	<input type="checkbox"/> ca 8 tim	<input type="checkbox"/> fler än 8 tim	
Total upplevelse av din sömn?	<input type="checkbox"/> Mycket dålig	<input type="checkbox"/> Dålig	<input type="checkbox"/> Varken bra eller dålig	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Mycket bra	

### Är det någon/några av dina levnadsvanor som du vill förändra/förbättra?

Mat   
  Vikt   
  Fysisk aktivitet   
  Rökning/snus   
  Alkohol   
  Sömn   
  Fritid   
  Stress   
  Annat

Beskriv gärna vad du vill förändra och varför: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Nuvarande aktuella läkemedel och de som du tar vid behov

Läkemedlets namn OBS! Alternativt att du tar med din aktuella läkemedelslista från apoteket!	Dos (Hur mycket du ska ta)	Indikation (Varför du tar läkemedlet)
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## Naturläkemedel/kosttillskott/bantningspreparat/mineraler/vitaminer

..... .....
----------------

## Vårdkontakter och behandlingar

### Pågående behandlingar eller utredningar/sjukhusvistelser det senaste året

..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
--

