

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.
Förlamning 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
Känslenedsättning/bortfall 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
Spasticitet 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
Smärta/värk <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
Störning i urinblåsans funktion 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
Störning i tarmens funktion 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
Ändrad/nedsatt sexualfunktion 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
Andningsproblem 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.

Sår i huden 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
Fråga: 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
Svullnad i ben och/eller fötter <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Sämre (förvärrad svullnad) <input type="checkbox"/> Bättre <input type="checkbox"/> Oförändrat
Fråga: Använder du stödstrumpor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Oregelbundet
Övrigt 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 sjäsliga/psykiska tillstånd (såsom: oro, ångest, nedstämdhet) förändrats det senaste året 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 livsvillkor (såsom: familj, vänner, boende, ekonomi, arbete) förändrats det senaste året 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

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

Frågor om levnadsvanor

Mat 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	
Fysisk aktivitet 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:						
Tobak 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	
Alkohol 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						
Sömn 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

.....
--

