

# SYM TOMSKATTNING

vid ordinationsändring, läkemedelsgenomgång / årskontroll för att inventera symtom och problem som kan vara läkemedelsrelaterade.

Skattningen utförd av:

- patient     
  närstående     
  omvårdnadspersonal  
 sjuksköterska

namn:.....

**Upplever Du / patienten problem med:**

## Patientdata

Namn:

Personnummer:

Enhet:

Puls:

datum:

Blodtryck sittande:

datum :







Blodtryck stående:

datum:

Vikt :

datum:

Antal falltillbud sista månaden:

Symtom	Nej	Ja	Nytt? Sedan när? Beskriv:	Skatta dina besvär med kryss på linjen
1. Aptit				Inga besvär alls  Mycket stora besvär
2. Diarré				Inga besvär alls  Mycket stora besvär
3. Förstoppning				Inga besvär alls  Mycket stora besvär
4. Hosta				Inga besvär alls  Mycket stora besvär
5. Illamående				Inga besvär alls  Mycket stora besvär
6. Muntorrhet				Inga besvär alls  Mycket stora besvär

Symtomskattningen gjord:

Datum .....klockslag.....

070823 LÄR - UT 2

V.g. vänd!

## Upplever Du / patienten problem

Symtom	Nej	Ja	Nytt? Sedan när? Beskriv:	Skatta dina besvär med kryss på linjen
7. Sinnesstämning				Inga besvär alls <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Mycket stora besvär
8. Smärta				Inga besvär alls <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Mycket stora besvär
9. Sömn				Inga besvär alls <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Mycket stora besvär
10. Trötthet				Inga besvär alls <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Mycket stora besvär
11. Vattenkastning				Inga besvär alls <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Mycket stora besvär
12. Yrsel				Inga besvär alls <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Mycket stora besvär

13. Kommentrar:

Symtomskattningen gjord:

Datum .....klockslag.....