

Frågeformulär

Utvärdering av läkemedelseffekter vid KOL

Namn _____ Personnummer _____

Du har under _____ veckor prövat läkemedlet/-n _____

Hur har det påverkat dina besvär?

Besvara frågorna genom att ringa in det svarsalternativ som du tycker stämmer bäst

- | | | | |
|---|---------|------------|-----------|
| 1. Hur klarar du ansträngning | bättre | oförändrat | sämre? |
| 2. Är andfåddheten | bättre | oförändrat | sämre? |
| 3. Sover du | bättre | oförändrat | sämre? |
| 4. Känner du dig | piggare | oförändrat | tröttare? |
| 5. Hur är det att leva med sjukdomen | lättare | oförändrat | svårare? |
| 6. Hostar du | mer | oförändrat | mindre? |
| 7. Hur mycket slem har du | mindre | oförändrat | mer? |
| 8. Har du pip i bröstet | mindre | oförändrat | mer? |
| 9. Skulle du vilja fortsätta med de(n) här medicinen/-erna? | Ja | Nej | |