

Patientfrågeformulär

Vid utredning av infektionskänslighet

Till dig som skall besöka vår mottagning för första gången!

Följande formulär innehåller frågor om dina nuvarande och tidigare besvär/sjukdomar.

Det används för att vara säker på att inga väsentliga uppgifter skall saknas i samband med utredningen av din ökade infektionsbenägenhet.

Vi ber Dig att fylla i frågeformuläret inför första besöket hos oss, så att vi tillsammans kan gå igenom det i samband med läkarbesöket.

PERSONUPPGIFTER

Personnummer: _____

Namn: _____

Adress: _____

Telefon hem/mobil _____ arbete _____

A. AKTUELLA SYMPTOM (ringa in alternativ)

Blir du mer andfådd än jämnåriga?

a) vid ansträngning Nej Ja sedan när? _____

b) i vila Nej Ja sedan när? _____

Piper det i bröstet när du anstränger dig eller hostar?

Nej Ja

Har du ofta återkommande hosta?

Nej Ja

Om ja, hostar du upp slem?

Nej Ja

Färg, mängd (ex. tesked, matsked eller kaffekopp) _____

B. RÖKNING

4. Röker du? Nej Ja

Om ja, hur mycket per dag? _____

Sedan hur länge? _____

Nej, slutade år _____

Nej, har aldrig rökt

C. TIDIGARE OCH NUVARANDE SJUKDOMAR/SYMTOM

5. Diarré /lös avföring (mer än tillfälligtvis) Nej Ja
6. Andra mag/tarmsymtom Nej Ja
7. Perioder med feber utan rimlig förklaring Nej Ja
8. Öroninflammation (otit)? Nej Ja, antal _____
9. Bihåleinflammation (sinuit)? Nej Ja, antal _____
10. Luftrörskatarr (bronkit)? Nej Ja, antal _____
11. Lunginflammation (pneumoni)? Nej Ja, antal _____
12. Någon annan lungsjukdom Nej Ja, vilken? _____
13. Hjärtsjukdom? Nej Ja
14. Hudbesvär (tex. Infektioner, bölder, acne, bältros eller herpes)?
Nej Ja
15. Blodsjukdom (tex. För få vita blodkroppar, B12-brist, blodbrist)?
Nej Ja
16. Allergisk sjukdom (tex pollenallergi, födoämnesallergi, nästäppa, näs
selutslag)?
Nej Ja
17. Någon tumör- eller annan cancersjukdom? Nej Ja
18. Led- eller bindvävssjukdom (reumatisk sjukdom)?
Nej Ja, vilken? _____
19. Ofrivillig viktförändring senaste 5 åren?
Nej Ja, antal kg ökning/minskning _____
20. Hur många timmar per natt sover du i genomsnitt? _____
Känner du dig utvilad efteråt?

21. Övriga besvär/sjukdomar som ej tagits upp ovan

Är du utredd/behandlad via någon annan mottagning/klinik?

Nej Ja, var _____

Medger du att din infektionsläkare tar del av denna journal? Nej Ja

D. OPERATIONER OCH LÄKEMEDELSBEHANDLING

22. Vilka operationer har du genomgått?

23. Har du någon gång fått blodtransfusion? Nej Ja

Om ja, har du upplevt biverkningar i samband med detta? Nej Ja

24. Hur många gånger har du ätit antibiotika

a) under det senaste året ca _____ gånger

b) under de senaste 5 åren ca _____ gånger

25. Har du någon gång reagerat med allergi/överkänslighetsreaktion i samband med antibiotikabehandling?

Nej Ja

Om ja, vilket preparat reagerade du på? _____

På vilket sätt? _____

26. Har du någon gång behandlats med kortisonpiller? Nej Ja

27. Har du någon gång reagerat onormalt efter vaccination? Nej Ja

Om ja, vilket vaccin och på vilket sätt? _____

28. Har du någon gång fått gammaglobulinsprutor i samband med utlandresa? Nej Ja

29. Har du behandlats med gammaglobulin regelbundet? Nej Ja

Om ja, sedan hur länge? _____

Hur ofta? _____

Vilken dos? _____

30. Har du upplevt biverkningar när du fått gammaglobulin? Nej Ja

Om ja, på vilket sätt? _____

E. AKTUELL MEDICINERING

31. Vilka mediciner tar du för närvarande? Ange preparat, styrka, dosering:

F. FRÅNVARO PÅ GRUND AV INFEKTIONER

32. Var din skolgång normal, eller fick du ofta vara hemma på grund av sjukdom? Normal Ofta sjuk

33. Vad arbetar du med?

34. Hur många dagar har du varit sjukskriven på grund av infektioner (de senaste 5 åren)?

År....._ _ _ _ _ dagar

År....._ _ _ _ _ dagar

År....._ _ _ _ _ dagar

År....._ _ _ _ _ dagar

År....._ _ _ _ _ dagar

G. SJUKDOMAR I SLÄKTEN/FAMILJEN

35. Har någon i släkten/familjen haft ökad infektionsbenägenhet?

Nej Ja

Om ja, vem (släktskap)_____

Vilken typ av infektioner?_____

36. Finns det några andra kroniska sjukdomar i släkten/familjen?

Nej Ja

Om ja, vilka?_____