

05
12 13

SOMATISK ANAMNES A
ALLMÄNTILLSTÅND

- 1 Anamnes lämnas av:
- 0.
 - 1. Probanden
 - 2. Anhörig
 - 3. Hemvårdare
 - 4. Sjukvårdspersonal
 - 5. Journaluppgifter
 - 6. Kombination av ovanstående
 - 9.

14

- 2 Känner Ni Er frisk?

- 1. Ja
- 2. Nej
- 9.

15

- 3 På vad sätt känner Ni Er inte frisk?

- 0.
- 1. Hjärt-kärlbesvär
- 2. Luftrörsbesvär
- 3. Mag- tarmbesvär
- 4. Besvär från urinvägar
- 5. Muskel-ledbesvär
- 6. Uttalad trötthet
- 7. Psykiska besvär
- 8. Övrigt
- 9.

16

Kommentar:

.....

.....

.....

- 4 Känner Ni Er allmänt trött?

- 1. Nej
- 2. Ja
- 9.

17

5 Har tröttheten ökat eller minskat påtagligt de senaste veckorna?

18

- 0.
- 1. Nej
- 2. Ja, ökat
- 3. Ja, minskat
- 9.

6 När på dygnet kommer denna trötthet?

19

- 0.
- 1. Hela dygnet
- 2. Morgonen
- 3. Mitt på dagen
- 4. Kvällen
- 5. Morgonen + mitt på dagen
- 6. Morgonen + kvällen
- 7. Mitt på dagen + kvällen
- 9.

7 Känner Ni Er vanligen allmänt varm eller allmänt frusen?

20

- 1. Nej
- 2. Varm
- 3. Frusen
- 9.

8 Känner Ni Er vanligen svettig eller torr?

21

- 1. Nej
- 2. Svettig
- 3. Torr
- 9.

9 Har Er aptit påtagligt ökat eller minskat?

22

- 1. Nej
- 2. Ja, ökat
- 3. Ja, minskat
- 9.

10 Har Er törst påtagligt ökat eller minskat?

23

1. Nej
2. Ja, ökat
3. Ja, minskat
- 9.

11 Brukar Ni ha klåda?

24

1. Nej
2. Ja
- 9.

12 Var sitter denna klåda?

25

- 0.
1. Över lokaliserade, förändrade hudområden
2. Kring ändtarmsöppningen
3. I underlivet
4. Över hela kroppen
5. 1 + 2
6. 1 + 3
7. 2 + 3
8. 1 + 2 + 3
- 9.

HUVUDVÄRK

13 Brukar Ni ha huvudvärk?

26

1. Nej, aldrig
2. Ja, en gång/månad eller mer sällan
3. Ja, en gång/vecka
4. Ja, dagligen
- 9.

14 Har huvudvärken påtagligt ökat eller minskat under de senaste veckorna?

27

- 0.
1. Nej
2. Ja, ökat
3. Ja, minskat
- 9.

- 15 Kommer huvudvärken i anfall? 28
0.
1. Nej
2. Ja
9.
- 16 Kan Ni ange någon eller några speciella utlösande orsaker till dessa anfall av huvudvärk? 29
0.
1. Nej
2. Ja
9.
Vilken?
- 17 Är huvudvärken förenad med illamående och/eller kräkningar? 30
0.
1. Nej
2. Ja
9.
- 18 Var sitter huvudvärken? Peka. 31
0.
1. Hela huvudet
2. Pannan
3. Hjässan
4. Bakhuvudet
5. Pannan + hjässan
6. Pannan + bakhuvudet
7. Hjässan + bakhuvudet
8. Ensidig
9.
- 19 När på dygnet har Ni huvudvärk? 32
0.
1. Hela dygnet
2. Morgonen
3. Mitt på dagen
4. Kvällen
5. Morgonen + mitt på dagen
6. Morgonen + kvällen
7. Mitt på dagen + kvällen
9.

SVINDEL

20 Får Ni svindel när Ni reser Er upp hastigt?

1. Nej
2. Ja

9.

33

21 Får Ni svindel vid hastiga huvudvridningar?

1. Nej
2. Ja

9.

34

MAGE OCH TARM

22 Brukar Ni ha ont i magen? Typ 1.

1. Nej
2. Ja, en grundtyp
3. Ja, två grundtyper

9.

35

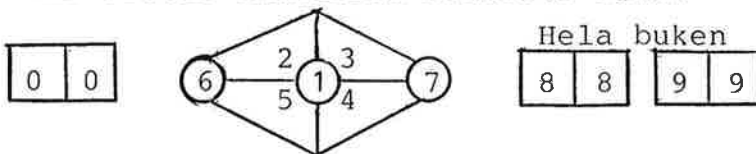
23 Hur ofta har Ni ont i magen?

- 0.
1. <1 ggn/månad
2. Varje dag
3. Ett par ggr/vecka
4. Varje vecka
5. Varje månad

9.

36

24 Var sitter smärtorna svårast? Peka.



37-38

25 Hur känns smärtorna?

- 0.
1. Ständiga smärtor, molmsmärtor
2. Knippsmärtor, intervallsmärtor
3. Molmsmärtor med pålagrade intervallsmärtor

9.

39

26 Påverkas smärtorna av måltid?

40

0.
 1. Nej
 2. Ja, smärtan värre
 3. Ja, smärtan lindras
 9.

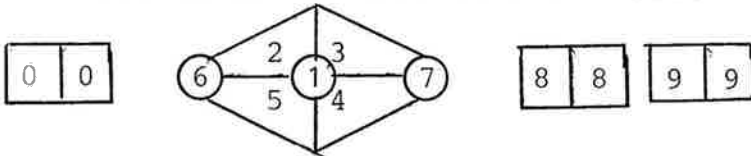
27 Hur ofta har Ni ont i magen? Typ 2.

41

0.
 1. < 1 ggn/månad
 2. Varje dag
 3. Ett par ggr/vecka
 4. Varje vecka
 5. Varje månad
 9.

28 Var sitter smärtorna svårast? Peka.

42-43



29 Hur känns smärtorna?

44

0.
 1. Ständiga smärtor, molsmärtor
 2. Knipsmärtor, intervallsmärtor
 3. Molsmärtor med pålagrade intervallsmärtor
 9.

30 Påverkas smärtorna av måltid?

45

0.
 1. Nej
 2. Ja, smärtan värre
 3. Ja, smärtan lindras
 9.

31 Har Ni halsbränna eller sura uppstötningar?

46

1. Nej
 2. Ja
 9.

32 Brukar Ni ha illamående eller kräkningar?

47

1. Nej
2. Ja, illamående
3. Ja, kräkningar
4. Ja, både illamående och kräkningar

9.

33 Blir besvären värre efter måltid?

48

- 0.
1. Nej
2. Ja

9.

34 När på dygnet är besvären värst?

49

- 0.
1. Hela dygnet
2. Morgonen
3. Mitt på dagen
4. Kvällen
5. Måltid oberoende av tidpunkt

9.

Anm

.....

.....

35 Hur ofta brukar Ni ha avföring?

50

1. ≤ 1 ggn/vecka
2. 2-4 ggr/vecka
3. 5-6 ggr/vecka eller 1-2 ggr dagligen
4. 3-5 ggr dagligen
5. > 5 ggr dagligen

9.

36 Har Ni oftare eller mindre ofta avföring nu än för ett par år sedan?

51

- 0.
1. Nej
2. Ja, oftare
3. Ja, mindre ofta

9.

37 Vilken konsistens har avföringen?

52

1. Normal
2. Hård
3. Lös
4. 2 + 3

9.

38 Har avföringen annorlunda konsistens nu än för ett par år sedan?

53

1. Nej
2. Ja, hårdare
3. Ja, lösare

9.

39 Har det hänt att avföringen kommit av sig själv utan att Ni kan hålla igen?

54

1. Nej
2. Ja, någon enstaka gång
3. Ja, ganska ofta
4. Ja, alltid

9.

40 Använder Ni regelbundet någonting för att lättare få avföring?

55

1. Nej
2. Linfrö eller dylikt
3. Laxermedel
4. Lavemang
5. Linfrö eller dylikt + laxermedel
6. Linfrö eller dylikt + lavemang
7. Laxermedel + lavemang
8. Linfrö eller dylikt + laxermedel + lavemang
- 9.

41 Besväras Ni av gaser, buller och/eller körningar i magen?

56

1. Nej
2. Ja

9.

42 Har Ni en känsla av utpräglad torrhet i munnen?

57

1. Nej
2. Ja
- 9.

0	6
12	13

SOMATISK ANAMNES B

URIN

- 1 Hur lång tid går det i regel mellan varje gång Ni kastar vatten under dagen? 14
- >2 timmar
 - 1-2 timmar
 - $\frac{1}{2}$ -1 timma
 - $< \frac{1}{2}$ timma
- 9.
- 2 Kastar Ni vatten oftare eller mindre ofta nu än för ett par år sedan? 15
- Nej
 - Ja, oftare
 - Ja, mindre ofta
- 9.
- 3 Hur ofta kastar Ni i regel vatten på natten? 16
- 0 gång
 - 1 gång
 - 2-4 gånger
 - > 4 ggr
- 9.
- 4 Kastar Ni vatten oftare eller mindre ofta på natten nu än för ett par år sedan? 17
- Nej
 - Ja, oftare
 - Ja, mindre ofta
- 9.
- 5 Svider det när Ni kastar vatten? 18
- Nej
 - Ja, hela tiden
 - Ja, i början
 - Ja, i slutet
- 9.

- 6 Hur länge har Ni haft denna sveda när Ni kastar vatten? 19
0.
1. < 3 veckor
2. > 3 veckor
9.
- 7 Har Ni tidigare haft perioder med sveda då Ni kastar vatten? 20
0.
1. Nej
2. Ja, någon gång
3. Ja, ett par gånger
4. Ja, många gånger
9.
- 8 Kommer trängningarna till vattenkastning plötsligt och tvingande? 21
1. Nej
2. Ja
9.
- 9 Sedan hur länge kommer trängningarna plötsligt och tvingande? 22
0.
1. < 3 veckor
2. 3 veckor - 6 månader
3. 6 månader - 2 år
4. > 2 år
9.
- 10 Brukar Ni pressa och hjälpa till med att krysta för att tömma urinblåsan fullständigt på de sista dropparna urin? 23
1. Nej
2. Ja
9.

11 Sedan hur länge har Ni haft det så?

24

- 0.
- 1. < 6 månader
- 2. 6 månader - 2 år
- 3. > 2 år
- 9.

12 Har Ni svag stråle?

25

- 0. Besvaras ej (♀)
- 1. Nej
- 2. Ja
- 9.

13 Sedan hur länge har Ni haft svag stråle?

26

- 0.
- 1. < 6 månader
- 2. 6 månader - 2 år
- 3. > 2 år
- 9.

14 Har Ni eller har Ni haft kateter (eller uridom)?

27

- 1. Nej - aldrig haft
- 2. Ja, KAD tidigare - ej nu
- 3. Ja, uridom tidigare - ej nu
- 4. Ja, KAD nu
- 5. Ja, uridom nu
- 9.

15 Har det hänt i samband med hosta eller skratt eller dylikt att urinen kommit av sig själv utan att Ni kunnat hålla igen och att Ni känt hur urinen passerar?

28

- 1. Nej
- 2. Ja, någon enstaka gång
- 3. Ja, ofta
- 9.

16 Har det hänt att urinen har kommit av sig själv på natten utan att Ni själv har märkt det?

29

- 1. Nej
- 2. Ja, någon enstaka gång
- 3. Ja, ofta
- 9.

17 Har det hänt att, när Ni har trängningar till vattenkastning, urinen har kommit av sig själv för tidigt innan Ni själv vill?

30

1. Nej
2. Ja, någon enstaka gång
3. Ja, ofta

9.

18 Har Ni flytningar från underlivet?

31

0. Besvaras ej (♂)
1. Nej
2. Ja, vit
3. Ja, vit + illaluktande
4. Ja, gul och/eller grön
5. Ja, gul och/eller grön + illaluktande
6. Ja, rostbrun
7. Ja, blodig

9.

19 Vid vilken ålder upphörde Era regleringar?
(Kvinnor)

32-33

... .. år

20 Brukar Ni få smärtor i vadorna, när Ni går i uppförsbackar, trappor eller på plan mark?

34

1. Nej
2. Ja, endast i backar och trappor
3. Ja, även på plan mark

9.

21 Sedan hur länge?

35

- 0.
1. < 1 vecka
2. 1 vecka - 2 månader
3. 2 månader - 1 år
4. 1 år - 10 år
5. > 10 år

9.

22 Upphör smärtorna efter någon eller några minuters vila om Ni stannar utan att sätta Er?

36

- 0.
1. Nej
2. Ja

9.

23 Har Ni myrkrypningar eller stickningar i benen vid stillasittande eller nattetid? I så fall: Gör dessa besvär att Ni inte kan sova?

37

1. Nej
2. Ja, men kan sova
3. Ja, förhindrar sömn

9.

24 Har Ni smärtsamma muskelsammandragningar i vadorna nattetid?

38

1. Nej
2. Ja

9.

25 Har Ni svullna ben?

39

1. Nej
2. Fötter och vrister endast mot kvällen
3. Fötter och vrister hela dagen
4. Vrister och underben endast mot kvällen
5. Vrister och underben hela dagen
6. Fötter och vrister hela dagen och underben mot kvällen

9.

Anm.....

26 Hur mycket rör Ni Er och anstränger Er?

40

1. Övervägande stillasittande sysselsättning
2. Promenad, cykling eller annan rörelse under minst 4 timmar i veckan
3. Exempelvis löpning, simning eller tennis som motions-sport i genomsnitt minst 3 timmar i veckan

9.

27 Om Ni ändrat Er aktivitet under de senaste 4 åren, ange antal år sedan

41

.... år

ANGINA PECTORIS

- 28 1) Har Ni någon gång haft smärta eller obehag i bröstet? 42
1. Nej
 2. Ja
 - 9.
- 29 2) Har Ni någon gång haft tryck eller tryckkänsla i bröstet? 43
1. Nej
 2. Ja
 - 9.
- 30 3) Får Ni det när Ni går i uppförbackar eller skyndar Er? 44
- 0.
 1. Nej
 2. Ja
 3. Går aldrig i uppförbackar eller skyndar sig
 - 9.
- 31 4) Får Ni det om Ni går i vanlig takt på jämn mark? 45
- 0.
 1. Nej
 2. Ja
 - 9.
- 32 5) Vad gör Ni om Ni får det när Ni går? 46
- 0.
 1. a) Stannar
 2. b) Saktar ner
 3. c) Fortsätter
 - 9.
- 33 6) Om Ni stannar hur går det då? 47
- 0.
 1. a) Lättar
 2. b) Lättar icke
 - 9.

34 7) Hur snart?

0.
 1. a) Inom 10 minuter
 2. b) Mer än 10 minuter
 9.

48

35 8) Vill Ni visa mig vad Ni brukar känna dessa besvär?

- 00
 01 a) Övre sternum
 02 b) Mellersta delen av sternum
 03 c) Nedre delen av sternum
 04 d) Vänstra främre brösthalvan
 05 e) Vänster arm
 06 01 + 02
 07 01 + 03
 08 01 + 04
 09 01 + 05
 10 02 + 03
 11 02 + 04
 12 02 + 05
 13 03 + 04
 14 03 + 05
 15 04 + 05

99.

49-50

36 Angina pectoris?

1. Nej
 2. Ja

9.

För positiv diagnos fordras ja-svar på

1 eller 2 och 3 eller 4 och 5 a eller 5 b och
och 6 a och 7 a och 8 a eller 8 b eller 8 c eller
8 d och 8 e

51

37 Brukar Ni få smärtor eller obehag i bröstet vid upphetsning?

1. Nej
 2. Ja

9.

52

38 Sedan hur länge har Ni haft dessa smärtor eller obehag i bröstet?

53

- 0.
1. < 6 månader
2. 6 månader - 2 år
3. 2 - 10 år
4. > 10 år

9.

39 Brukar Ni få smärtor eller obehag i bröstet efter kraftig måltid?

54

1. Nej
2. Ja

9.

40 Sedan hur länge har Ni haft dessa smärtor eller obehag i bröstet?

55

- 0.
1. < 6 månader
2. 6 månader - 2 år
3. 2 - 10 år
4. > 10 år

9.

41 Känner Ni en hastigt påkommande uttalad trötthet eller matthet när Ni går uppför backar eller trappor eller på plan mark? Om så är fallet: brukar Ni stanna, sakta ner farten eller fortsätta i samma takt?

56

1. Nej
2. Ja, när jag går uppför backar eller trappor, eller när jag går fort på plan mark. Jag brukar då stanna
3. Ja, dito. Jag brukar då sakta ner farten
4. Ja, dito. Jag brukar då fortsätta i samma takt
5. Ja, när jag går i vanlig takt på plan mark. Jag brukar då stanna
5. Ja, dito. Jag brukar då sakta ner farten
7. Ja, dito. Jag brukar då fortsätta i samma takt

9.

42 Hur snart försvinner dessa besvär?

57

- 0.
1. Efter < 10 minuter
2. Efter > 10 minuter
3. Inte förrän efter en timme eller mer

9.

43 Blir Ni andfådd av att gå två trappor upp eller motsvarande i samma takt som jämnåriga?

58

1. Nej
2. Ja

9.

44 Sedan hur länge?

59

- 0.
1. < 6 månader
2. 6 månader - 2 år
3. 2 - 10 år
4. > 10 år

9.

45 Måste Ni sätta Er upp i sängen nattetid p g a hosta eller andnöd?

60

1. Nej
2. Ja, varje natt
3. Ja, någon gång i veckan

9.

46 Sedan hur länge?

61

- 0.
1. < 6 månader
2. 6 månader - 2 år
3. 2 - 10 år
4. > 10 år

9.

47 Brukar Ni hosta upp slem på morgonen?

62

1. Nej
2. Ja, alltid vitt eller färglöst
3. Ja, alltid gult och/eller grönt
4. Ja, ibland vitt eller färglöst och ibland gult och/eller grönt
5. Blodtillblandat
6. 2 + 5
7. 3 + 5
8. 4 + 5
- 9.

48 Sedan hur länge har Ni hostat upp slem på morgonen?

63

- 0.
- 1. <6 månader
- 2. 6 månader - 2 år
- 3. 2 - 10 år
- 4. >10 år

9.

49 Piper det i bröstet då Ni andas?

64

- 1. Nej
- 2. Ja, i vila
- 3. Ja, under ansträngning

9.

50 Sedan hur länge?

65

- 0.
- 1. <6 månader
- 2. 6 månader - 2 år
- 3. 2 - 10 år
- 4. >10 år

9.

Anm

51 Är Ni opererad för ljumskbråck?

66

- 1. Nej
- 2. Ja, högersidigt
- 3. Ja, vänstersidigt
- 4. 2 + 3

9.

52 Har Ni något ljumskbråck nu? I så fall: Har Ni bråckband?

67

- 1. Nej, har ej ljumskbråck
- 2. Ja, har ljumskbråck men har ej bråckband
- 3. Ja, jag har bråckband

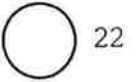
9.

0	7
12	13

SOMATISK ANAMNES C

RÖKVANOR

- 1 Röker Ni eller har Ni rökt praktiskt taget dagligen? 14
1. Nej
2. Ja
9.
- 2 Hur gammal var Ni när Ni började röka?
... .. år 15-16
- 3 Hur gammal var Ni när Ni slutade röka?
... .. år 17-18
- 4 Röker Ni cigaretter?
 19
0.
1. Nej
2. Ja, 1 - 4 per dag
3. Ja, 5 - 14 per dag
4. Ja, 15 - 24 per dag
5. Ja, > 24 per dag
9.
- 5 Röker Ni cigarr-cigaretter (cigarrer)? 20
0.
1. Nej
2. Ja, 1 - 2 (1) per dag
3. Ja, 3 - 7 (2-3) per dag
4. Ja, 8 - 12 (4-5) per dag
5. Ja, > 12 (> 5) per dag
9.
- 6 Röker Ni pipa? 21
0.
1. Nej
2. Ja, < ½ paket per vecka
3. Ja, ½-2 paket per vecka
4. Ja, > 2 paket per vecka
9.



7 För rökare (och ex rökare)
Drar (drog) Ni halsbloss?

- 0.
- 1. Nej
- 2. Ja

9.

Anm

.....

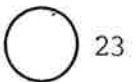
.....

.....

8 Brukar Ni hosta det första Ni gör på morgonen?

- 1. Nej
- 2. Ja

9.



9 Brukar Ni göra det de flesta dagar under 3 månader om året?

- 0.
- 1. Nej
- 2. Ja

9.

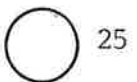


RYGG

10 Brukar Ni ha ont i ryggen?

- 1. Nej
- 2. Ja

9.



11 Hur ofta har Ni ont i ryggen?

- 0.
- 1. < 1 gång/månad
- 2. 1 gång/månad
- 3. Varje vecka
- 4. Varje dag

9.



12 Har Ni mer eller mindre ont i ryggen nu än för ett par år sedan?

27

- 0.
- 1. Nej
- 2. Ja, mer ont
- 3. Ja, mindre ont

- 9.

13 Utlöses smärtorna av lyft eller vid andra kroppsrörelser? I så fall: kommer de endast vid dessa tillfällen?

28

- 0.
- 1. Nej
- 2. Ja, endast vid lyft
- 3. Ja, endast vid andra kroppsrörelser
- 4. Ja, endast vid lyft och andra kroppsrörelser
- 5. Ja, värre vid lyft
- 6. Ja, värre vid andra kroppsrörelser
- 7. Ja, värre vid lyft + andra kroppsrörelser

- 9.

14 Var sitter smärtorna?

29

- 0.
- 1. I nackryggen
- 2. I bröstryggen
- 3. I ländryggen
- 4. 1 + 2
- 5. 1 + 3
- 6. 2 + 3
- 7. 1 + 2 + 3

- 9.

15 Strålar smärtorna ner i ena eller bägge benen?

30

- 0.
- 1. Nej
- 2. Ja, i högra benet
- 3. Ja, i vänstra benet
- 4. Ja, i bägge benen

- 9.

LEDER

16 Brukar Ni ha ledbesvär?

31

1. Nej
2. Ja, svullnad
3. Ja, värk
4. Ja, stelhet
5. Ja, 2 + 3
6. Ja, 2 + 4
7. Ja, 3 + 4
8. Ja, 2 + 3 + 4
- 9.

17 Sedan hur länge?

32

- 0.
1. < 6 månader
2. 6 månader - 2 år
3. 2 - 10 år
4. > 10 år
- 9.

18 Brukar Ni vara stel i leder eller muskler när Ni vaknar på morgnarna?

33

- 0.
1. Nej
2. Ja
- 9.

19 När på dygnet är ledbesvären mest uttalade?

34

- 0.
1. På morgonen
2. Resten av dagen
3. På natten
4. 1 + 2
5. 1 + 3
6. 2 + 3
7. Hela dygnet ingen speciell tid
- 9.

20 Om Ni har värk i lederna, blir värken svårare vid rörelser i leden eller när Ni belastar leden?

35

- 0.
1. Nej
2. Vid rörelser i leden
3. Vid belastning av leden
4. 2 + 3
- 9.

21 Vilka leder besvärar Er mest?

36-38

000

- 1. Hand- eller fingerleder
- 2. Armbågsled
- 3. Axelleder
- 4. Höftleder
- 5. Knäleder
- 6. Fotled - fot
- 7. Annan/andra leder

999

22 Förhindrar ledvärken sömn?

39

- 0.
- 1. Nej
- 2. Ja
- 9.

ALLMÄN MOTILITET

23 Kan Ni resa Er upp från en vanlig köksstol?

40

- 1. Ja, ensam med lätthet
- 2. Ja, ensam fastän med svårighet
- 3. Ja, med levande hjälp
- 4. Nej
- 9.

24 Kan Ni resa Er upp från sängen?

41

- 1. Ja, ensam med lätthet
- 2. Ja, ensam fastän med svårighet
- 3. Ja, med levande hjälp
- 4. Nej
- 9.

25 Kan Ni

42

- 1. Gå obehindrat
- 2. Gå med käpp
- 3. Gå med annat stöd
- 4. Gå med levande stöd
- 5. Ej gå
- 9.

Anm
.....
.....