

1. Har någon/några av Dina föräldrar, syskon eller barn haft **blodpropp** i något **ben** eller i **lungan**?

0 nej 1 ja

Om ja, vem?

Ifylles ej

7

2. Har Du själv haft **blodpropp** som krävt sjukhusvård?

0 nej ja

8

3. Hur många gånger har Du vårdats för **blodpropp**?

Antal: gånger

10

4. Var har Du haft **blodpropp**

ej haft någon blodpropp

11

benet(en)

12

lungan

13

hjärtat

14

huvudet

15

annan kroppsdel

16

5. Har Du besvärats av **bensvullnad**?

nej

0 17

ja, endast höger ben

1

ja, endast vänster ben

2

ja, båda benen

3

6. Har Du besvärats av **bensvullnad** samt dessutom **smärtor** i benet?

nej

0 18

ja, endast höger ben

1

ja, endast vänster ben

2

ja, båda benen

3

Följande frågor besvaras om Du haft **blodpropp i benet!**

7. Har Du haft **blodpropp** flera gånger i **benet(en)**?

0 nej 1

om ja, antal gånger

19

21

8. I vilket **ben** hade Du **blodpropp** första gången?

1. höger 2. vänster ben

3. båda benen

23

9. Har Du senare haft **blodpropp** även i andra benet?

0. nej

1. ja

24

10. Vad fick Dig att söka läkare vid den första blodroppen?

bensvullnad

smärta i benet

missfärgning av benet

annat?

låg redan på sjukhus när jag erhöll min blodpropp

25

26

27

28

29

11. Vilken **behandling** erhöill Du vid Din första blodpropp?

ingen alls

blodförtunnande sprutor eller dropp i armen

blodförtunnande tabletter (ex. AP, Apekumarol, Waran)

annan behandling?

30

31

32

33

IFYLLES EJ

Ifylles ej

12. Hur länge åt Du **blodförtunnande medicin** vid första blodproppen?

Antal månader? månader

35

13. Medförde första blodproppen senare några besvär för Dig?

Inga besvär

36

bensvullnad

37

bensår

38

eksem

39

smärtor

40

bentrötthet

41

andra besvär

42

14. Hur länge varade besvären som längst enligt fråga 13?

Antal månader månader

44

15. Om Du haft **flera blodproppar** i benet(benen), hur lång tid efter den första proppen fick Du den andra blodproppen?

Antal månader månader

46

Följande frågor besvaras om Du haft **blodpropp i lungan!**

Ifylles ej

16. Vad fick Dig att söka läkare?

- andnöd
- bröstsmärta
- bensvullnad
- feber
- hosta
- smärta i sidan vid inandning ("håll")
- annat?
- låg på sjukhus när proppen konstaterades

- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54

17. Vilken **behandling** erhöill Du?

- ingen
- blodförtunnande sprutor eller dropp i armen
- blodförtunnande tabletter (ex. AP, Apekumarol, Waran)
- annat?

- 55
- 56
- 57
- 58

18. Hur länge åt Du **blodförtunnande medicin** på grund av proppen i lungan?

Antal månader? månader

60

19. Medförde proppen i lungan senare några besvär för Dig?

- inga besvär senare
- andfåddhet
- bröstsmärtor
- trötthet
- sämre kondition
- bensvullnad

- 61
- 62
- 63
- 64
- 65
- 66

20. Hur länge varade besvären som längst i fråga 19?

Antal månader? månader

68

Kort nr. 2ID nr. 6

Ifylles ej

Följande frågor besvaras av **ALLA** som haft blodpropp i **BEN** eller **LUNGA**21. Hade Du tiden närmast före Du erhöll blodproppen något/några av nedanstående tillstånd?

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Rörelseinskränkning (ex. ledbesvär, muskelsjukdom etc) | <input type="checkbox"/> | 7 |
| <input type="checkbox"/> | Sängläge mer än 1 vecka under månaden före blodproppen erhöles | <input type="checkbox"/> | 8 |
| <input type="checkbox"/> | Gipsad | <input type="checkbox"/> | 9 |
| <input type="checkbox"/> | Åderbråck | <input type="checkbox"/> | 10 |
| <input type="checkbox"/> | Övervikt (..... kg) | <input type="checkbox"/> | 11 |
| <input type="checkbox"/> | Hjärtsjukdom | <input type="checkbox"/> | 12 |
| <input type="checkbox"/> | Cancer | <input type="checkbox"/> | 13 |
| <input type="checkbox"/> | Lunginflammation | <input type="checkbox"/> | 14 |
| <input type="checkbox"/> | Annan infektion | <input type="checkbox"/> | 15 |
| <input type="checkbox"/> | Hormonbehandling, vad? | <input type="checkbox"/> | 16 |

22. Hade Du några **biverkningar** i samband med den blodförtunnande medicineringen?

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Nej, inga biverkningar | <input type="checkbox"/> | 17 |
| <input type="checkbox"/> | Mer blåmärken än vanligt | <input type="checkbox"/> | 18 |
| <input type="checkbox"/> | Tandköttsblödningar | <input type="checkbox"/> | 19 |
| <input type="checkbox"/> | Annan blödning som krävde läkarundersökning | <input type="checkbox"/> | 20 |
| <input type="checkbox"/> | Blödning som krävde sjukhusvård | <input type="checkbox"/> | 21 |