

Har Ni någon gång haft öroninflammation?

Nej

Ja, vid 0-3 års ålder

4-7 års ålder

8-20 års ålder

efter 20 års ålder

0-6

7-20

>20

vrtj

<input type="checkbox"/>	1
<input checked="" type="checkbox"/>	2
<input checked="" type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5

3 = 2

<input checked="" type="checkbox"/>	7
-------------------------------------	---

Har Ni haft flytning från något öra ?

Nej

Ja, under kortare tid än 5 dagar

1 vecka till 1 månad

1 månad till 1 år

kontinuerligt under flera år

periodvis under flera år

<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6

7	8
---	---

Har Ni nedsatt hörsel på något öra nu?

Nej

Om ja, har Ni hört illa 0-1 år

1-5 år

6-10 år

mer än 10 år

<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5

7	9
---	---

Har Ni tidigare haft övergående hörselnedsättning ?

Nej

Ja, före 7 års ålder

från 7-20 års ålder

efter 20 års ålder

<input type="checkbox"/>	1
<input checked="" type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

2	10
---	----

Har Ni någon gång under de sista 10 åren varit hes under 1 mån. eller längre?

Nej

Ja, 1 gång

Ja, flera gånger

<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3

7	11
---	----

Är Ni hes nu ?

Nej

Om ja: Har Ni varit hes mindre än 1 mån.

1-3 mån.

3 mån.-1 år

längre än 1 år

<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5

7	12
---	----

Om ja: Har hesheten

ökat

minskat

varierat

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3

0	13
---	----

Kort nr.
(ej data)

ID nr.
(ej data)

Ifylles ej

Epipharynx - status Nej Ja
utan anmärkning

inflammation
tumör
polyp
annat, ej bed.bart

43
 44
 45
 46
 47

Näsa Nej Ja
utan anmärkning
septumdeviation el crista
slemhinnesvullnad, lividi-
polyp-(er) tet
infektion
främmande kropp
tumör
eczem (rhinitis sicca ant.)
septumperforation

48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57

Värdad på öronklinik? Nej(1) Ja(2)

Var?
När?
För vad?

Patologiskt trumhinnestatus:
Nej 1
Ja, höger sida 2
vänster sida 3
Bilateralt 4

58

Kort nr **13** (ej data) ID nr **0002** (ej data)

Har Ni någon gång opererats i något öra ?

Nej	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Höger	<input type="checkbox"/>	2
Vänster	<input type="checkbox"/>	3
Båda	<input type="checkbox"/>	4

7 14

Trumhinnestatus utan anmärkning

2 15

Perforation:

Nej	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Om ja: Liten	<input type="checkbox"/>	2
Stor	<input type="checkbox"/>	3
Om ja: Torr	<input type="checkbox"/>	1
Fuktande	<input type="checkbox"/>	2

7 16

0 17

Cholesteatom

Nej Ja

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 18

Polyp

7 19

Indragen

7 20

Adhesiv

7 21

Atrofiskt ärr

7 22

Tjock

7 23

Vaxpropp

7 24

Larynxstatus utan anmärkning

Nej Ja

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 25

Stmb rodande

7 26

klumpiga

7 27

pares

7 28

polyp

7 29

tumör

7 30

leukoplaki

7 31

ulceration

7 32

Epiglottis

Nej Ja

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

7 33

rodnat

7 34

svullet

7 35

tumör

7 36

cysta

2 37

u.a.

Munhåla och svalg- status

Nej Ja

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 38

utan anmärkning

7 39

inflammation

7 40

leukoplaki

7 41

tumör

7 42

dåligt tandstatus

Kort nr. (ej data)

ID nr. (ej data)

Ifylles

Proteser i munnen:

- Nej 1
- Ja ÖK 2
- UK 3
- ÖK + UK 4

59

Patologiskt thyroideastatus:

- Nej 1
- Ja diffus förstoring 2
- Adenomatös thyroidea 3
- Solitärt adenom 4

60

Patologiskt spottkörtelstatus:

- Nej 1
- Ja Parotis Resistens höger 2
- Resistens vänster 3
- Submand. Förstoring el. sten hö 4
- Förstoring el. sten vä 5
- Sublingualis 6

61

Patologiskt lymfkörtelstatus:

- Nej 1
- Ja Adeniter Hö angulus 2
- Vä angulus 3
- Bilat. ang. 4
- Submand. 5
- Submentalt 6
- Sternocleido 7
- Fossa supraclav. 8

62

Brukar Ni hosta?

- Nej, aldrig el vid öli enbart 1
- ja, dagligen 2
- flera ggr/vecka 3
- sällan 4
- periodvis 5
- asthma 6

63

Får Ni upp sekret i samband med hostan?

- Nej 1
- Ja, mycket 2
- litet 3

64

Sekretets utseende:

- Vitt el grått, slemmigt el segt 1
- Gult, grönt, purulent 2
- Rött el blodtillblandat 3

65

Om Ni hostar, har Ni mest besvär:

- Mornar 1
- Eftermiddagar 2
- Nätter 3
- Vid ansträngning 4
- Utan rel till tid el ansträngning. 5

66

Kort nr (ej data) ID nr (ej data)

RTG. öron Nej 1 Ja 2

67

Intressanta sjukdomar Nej 1 Ja 2

68

.....
.....
.....
.....

Snusar Nej 1 Ja 2

69

Mängd: 1 1/2 dosa/v
2 1 dosa/v
3 2 dosor/v
4 3 dosor/v
5 > dosor/v

70

Snusat antal år
1 1-10 år
2 11-20 år
3 > 20 år

71

D:

- 1. rengöring av hörselgångar/ öronspolning
- 2. utfärdande av recept
- 3. remiss tandläkare
- 4. " till öronpol.
- 5. " till öron op.
- 6. " till annan specialité
- 7. rådgivning

72

Nej 1 Ja 2

73