

LÄKEMEDELSKONSUMTION

Tar Ni nu några av läkare ordinerade eller av Er själv på apotek inköpta läkemedel?
I så fall vilka?

1. **Preparat 1, namn:**
.....
.....
Styrka (mängd + enhet, t ex 0,13 mg)
2. **Dosering**
 1. 1 gång dagligen
 2. 2 ggr dagligen
 3. 3 eller flera ggr dagligen
 4. Vid behov
 9.
3. **Vet Ni varför Ni tar preparatet? sköterskans bedömning**
 0. Inaktuellt
 1. Ja
 2. Nej
 3. Inte säker
 9.
4. **Preparat 2, namn:**
.....
.....
Styrka (mängd + enhet, t ex 0,13 mg)
5. **Dosering**
 1. 1 gång dagligen
 2. 2 ggr dagligen
 3. 3 eller flera ggr dagligen
 4. Vid behov
 9.
6. **Vet Ni varför Ni tar preparatet? sköterskans bedömning**
 0. Inaktuellt
 1. Ja
 2. Nej
 3. Inte säker
 9.

7. **Preparat 3, namn:**
.....
.....
Styrka (mängd + enhet, t ex 0,13 mg)
8. **Dosering**
1. 1 gång dagligen
2. 2 ggr dagligen
3. 3 eller flera ggr dagligen
4. Vid behov
9.
9. **Vet Ni varför Ni tar preparatet? sköterskans bedömning**
0. Inaktuellt
1. Ja
2. Nej
3. Inte säker
9.
10. **Preparat 4, namn:**
.....
.....
Styrka (mängd + enhet, t ex 0,13 mg)
11. **Dosering**
1. 1 gång dagligen
2. 2 ggr dagligen
3. 3 eller flera ggr dagligen
4. Vid behov
9.
12. **Vet Ni varför Ni tar preparatet? sköterskans bedömning**
0. Inaktuellt
1. Ja
2. Nej
3. Inte säker
9.
13. **Preparat 5, namn:**
.....
.....
Styrka (mängd + enhet, t ex 0,13 mg)
14. **Dosering**
1. 1 gång dagligen
2. 2 ggr dagligen
3. 3 eller flera ggr dagligen
4. Vid behov
9.
15. **Vet Ni varför Ni tar preparatet? sköterskans bedömning**
0. Inaktuellt
1. Ja
2. Nej
3. Inte säker
9.

16. **Preparat 6, namn:**
.....
.....
Styrka (mängd + enhet, t ex 0,13 mg)
17. **Dosering**
1. 1 gång dagligen
2. 2 ggr dagligen
3. 3 eller flera ggr dagligen
4. Vid behov
9.
18. **Vet Ni varför Ni tar preparatet? sköterskans bedömning**
0. Inaktuellt
1. Ja
2. Nej
3. Inte säker
9.
19. **Preparat 7, namn:**
.....
.....
Styrka (mängd + enhet, t ex 0,13 mg)
20. **Dosering**
1. 1 gång dagligen
2. 2 ggr dagligen
3. 3 eller flera ggr dagligen
4. Vid behov
9.
21. **Vet Ni varför Ni tar preparatet? sköterskans bedömning**
0. Inaktuellt
1. Ja
2. Nej
3. Inte säker
9.
22. **Preparat 8, namn:**
.....
.....
Styrka (mängd + enhet, t ex 0,13 mg)
23. **Dosering**
1. 1 gång dagligen
2. 2 ggr dagligen
3. 3 eller flera ggr dagligen
4. Vid behov
9.
24. **Vet Ni varför Ni tar preparatet? sköterskans bedömning**
0. Inaktuellt
1. Ja
2. Nej
3. Inte säker
9.

25. **Preparat 9, namn:**
.....
.....
Styrka (mängd + enhet, t ex 0,13 mg)
26. **Dosering**
1. 1 gång dagligen
2. 2 ggr dagligen
3. 3 eller flera ggr dagligen
4. Vid behov
9.
27. **Vet Ni varför Ni tar preparatet? sköterskans bedömning**
0. Inaktuellt
1. Ja
2. Nej
3. Inte säker
9.
28. **Preparat 10, namn:**
.....
.....
Styrka (mängd + enhet, t ex 0,13 mg)
29. **Dosering**
1. 1 gång dagligen
2. 2 ggr dagligen
3. 3 eller flera ggr dagligen
4. Vid behov
9.
30. **Vet Ni varför Ni tar preparatet? sköterskans bedömning**
0. Inaktuellt
1. Ja
2. Nej
3. Inte säker
9.

Personnr: _____ Namn: _____

1. Pulsoximeter och gångtest (innan och efter gångtest)

Pulsoximeter innan gångtest (2min mellan två POX mätningar)

No1. %SaO2 _____ Puls _____

No 2. %SaO2 _____ Puls _____

Gångtest (30-meter, så fort som möjligt) _____ sekunder

Pulsoximeter direkt efter gångtest (2min mellan två POX mätningar)

No 3. %SaO2 _____ Puls _____

No 4. %SaO2 _____ Puls _____

Orsaken till att pulsoximeter eller gångtest avbryts eller ej kan genomföras

- Vägrar test
- Handikapp, specificera _____
- Andra orsakar (yrsel, andfädd, hjärtklappning), specificera _____

2. PLM test (5 gånger, så fort som möjligt)

Test 1 Ja Nej (avbryts eller ej genomförs)

Test 2 Ja Nej (avbryts eller ej genomförs)

Test 3 Ja Nej (avbryts eller ej genomförs)

Test 4 Ja Nej (avbryts eller ej genomförs)

Test 5 Ja Nej (avbryts eller ej genomförs)

Orsaken till att PLM test avbryts eller ej kan genomföras

- Vägrar test
- Tekniskt problem
- Handikapp, specificera _____
- Andra orsakar (yrsel, andfädd, hjärtklappning), specificera _____