

## Symptom formulär

Namn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Fyll i varje symptom och ge dem ett betyg på hur du mått dem senaste 30 dagarna.

### Skala för att betygsätta symptom:

0 = jag har inga problem med detta 1 = jag lider av detta IBLAND (mindre än 2 gånger i veckan), det är inte allvarligt 2 = jag lider av detta OFTA (2 gånger eller mer i veckan), det är inte allvarligt 3 = jag lider av detta IBLAND och det är ALLVARLIGT 4 = jag lider OFTA av detta och det är ALLVARLIGT	<b>Totalt:</b>
--	----------------

#### ÖVERGRIPANDE

Trötthet, fatigue \_\_\_\_\_  
 Hyperaktiv (nervös energi) \_\_\_\_\_  
 Rastlös (kan inte sitta still) \_\_\_\_\_  
 Sömnig under dagen \_\_\_\_\_  
 Sämnlöshet \_\_\_\_\_  
 Sjukdomskänsla \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-20) \_\_\_\_\_

#### MENTAL HÄLSA

Depression (känsla av hopplöshet) \_\_\_\_\_  
 Ängslan (rädsla, orolig) \_\_\_\_\_  
 Känslomässigt ostabil \_\_\_\_\_  
 Irriterad \_\_\_\_\_  
 Glömsk \_\_\_\_\_  
 Koncentrationssvårighet \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-24) \_\_\_\_\_

#### HUVUD/ÖRON

Huvudvärk \_\_\_\_\_  
 Migrän \_\_\_\_\_  
 Öroninfektion \_\_\_\_\_  
 Ringande öron \_\_\_\_\_  
 Kliande öron \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-24) \_\_\_\_\_

#### HUD

Akne \_\_\_\_\_  
 Utslag, nässelutslag \_\_\_\_\_  
 Eksem \_\_\_\_\_  
 Rosacea \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-16) \_\_\_\_\_

#### NÄSA

Post nasalt dropp \_\_\_\_\_  
 Värk i bihålorna \_\_\_\_\_  
 Konstant snuva \_\_\_\_\_  
 Täppt näsa \_\_\_\_\_  
 Nyser ofta \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-20) \_\_\_\_\_

#### MUN/HALS

Halsont \_\_\_\_\_  
 Svullen hals \_\_\_\_\_  
 Svullna läppar / tunga \_\_\_\_\_  
 Harklar sig ofta \_\_\_\_\_  
 Sår/blåsor i munhåla \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-20) \_\_\_\_\_

#### LUNGOR

Väsande andning (astmaliknande) \_\_\_\_\_  
 Överbelastning /tungt i bröstet \_\_\_\_\_  
 Torrhosta \_\_\_\_\_  
 Slemhosta \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-20) \_\_\_\_\_

#### ÖGON

Röda/svullna ögon \_\_\_\_\_  
 Vattninga ögon \_\_\_\_\_  
 Kliande ögon \_\_\_\_\_  
 Mörka ringar under ögonen \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-16) \_\_\_\_\_

#### UROGENITAL

Urinerar ofta \_\_\_\_\_  
 Smärta vid urinering \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-8)

#### MUSKLER

Ont i leder \_\_\_\_\_  
 Stela leder \_\_\_\_\_  
 Stela muskler \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-20) \_\_\_\_\_

#### KARDIOVASKULÄR

Oregelbundna hjärtslag \_\_\_\_\_  
 Högt blodtryck \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-8) \_\_\_\_\_

#### MAGE-TARM

Halsbränna \_\_\_\_\_  
 Ont i magen/kramp \_\_\_\_\_  
 Förstoppning \_\_\_\_\_  
 Diarre \_\_\_\_\_  
 Svullen \_\_\_\_\_  
 Gaser \_\_\_\_\_  
 Illamående/kräkning \_\_\_\_\_  
 Ont i ändtarmen vid avföring \_\_\_\_\_  
 Klåda i ändtarmen \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-40) \_\_\_\_\_

#### VIKT

Flukturerande vikt \_\_\_\_\_  
 Sug \_\_\_\_\_  
 Samlar vatten \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-12) \_\_\_\_\_

#### PMS

Smärta \_\_\_\_\_  
 Uppblåst \_\_\_\_\_  
 Samlar vatten \_\_\_\_\_  
 Irriterad \_\_\_\_\_  
 Ledsen \_\_\_\_\_  
 Akne \_\_\_\_\_  
 Ömma bröst \_\_\_\_\_  
 Oro och ångest \_\_\_\_\_  
 TOTALT (0-32)