Frågeformulär lungkliniken

Du kommer snart att träffa en läkare på lungmottagnigen. För att kunna samla så mycket information som möjligt angående ditt hälsoproblem behöver du fylla i denna blankett. Den ifyllda blanketten tar du med dig vid mottagningsbesöket tillsammans med din medicinlista och lämnar till oss.

|  |
| --- |
| Datum: |
| Namn: |
| Personnummer: |

|  |
| --- |
| **Civilstånd**:  Gift/sambo  Ensamstående |
| **Barn**:  JA  NEJ  **Yrkesverksam**:  JA  NEJ **om** **NEJ**:  Ålderspension Sjukpension  Vad har du/har du haft för **yrke/yrken**? |
| Har du, under ditt yrkesliv, varit verksam inom följande yrke/aktiviteter?  Isolerare  Snickare  Svetsare  Sandblästring  Gruv-stenbrottsarbetare  Bilmekaniker  Jordbrukare  Bagare  Pappersindustriarbetare  Målare  Smed  Bergarbetare  Gjutare |

|  |
| --- |
| **Hur bor du?** Lägenhet Villa Bondgård |
| Finns det följande i din bostad/fastighet/sommarhus? |
| * Källare?  JA  NEJ |
| * Bastu / pool ?  JA  NEJ |
| * Luftkonditionering / befuktare?  JA  NEJ |
| * Öppen spis/ kamin?  JA  NEJ |
| * Vattenskada?  JA  NEJ |
| * Finns det synligt mögel i källaren/badrum/väggar/grund/ventilation systemet/förråd?  JA  NEJ * Djur/fåglar?  JA  NEJ Om JA, vad är det för djur/fågel? ……………………… |

Har du **exponerats** för något av följande i din bostad, i ditt arbete eller på din fritid?

Fåglar / fjädrar  JA  NEJ

Boskap  JA  NEJ

Fiskmjöl  JA  NEJ

Gödningsmedel  JA  NEJ

Asbest  JA  NEJ

Kisel  JA  NEJ

Fordonsbromsar  JA  NEJ

Talk  JA  NEJ

Koldamm  JA  NEJ

Lackfärg  JA  NEJ

Keramik/betongdamm  JA  NEJ

Mögelsvamp  JA  NEJ

Trädamm  JA  NEJ

Aluminium  JA  NEJ

Järnoxid  JA  NEJ

Lösningsmedel  JA  NEJ

Gaser (t.ex. klorgas)  JA  NEJ

Annat (ange vad) ………..………………

|  |
| --- |
| **Allergier**:  JA  NEJ om JA mot vad? ............................ |
| **Rökning:**  Rökare  X-rökare  Aldrig rökare |

|  |
| --- |
| **Har du tidigare drabbats av någon av följande?** |
| Pneumothorax (lungkollaps) |
| Blödarsjuka |
| Reumatisk sjukdom eller vaskulit |
| Raynaud’s fenomen (vita fingrar) |
| Ulcerös kolit eller Crohns sjukdom |

|  |
| --- |
| **Har du hosta?**  JA  NEJ |
| **Om JA, hur ofta?**  Sällan  Ganska ofta  Mycket ofta |
| **och hur länge?** \_\_\_\_\_\_\_ månader \_\_\_\_\_\_\_\_\_ år |
| **Har du slem?**  JA  NEJ |
| **Har du haft blod i slemmet?**  JA  NEJ |

|  |
| --- |
| **Upplever du andfåddhet?**   JA  NEJ |
| **Ringa in det alternativ som stämmer överens med din situation:** |
| Jag blir andfådd när jag anstränger mig rejält, inte när jag tar en snabb promenad eller går i en uppförsbacke. |
| Jag blir andfådd när jag tar en snabb promenad eller går i en uppförsbacke. |
| Jag blir andfådd när jag går på slät mark i samma takt som någon i min ålder. |
| Jag blir så andfådd när jag går på slät mark att jag måste stanna upp trots att jag själv bestämmer takten. |
| Jag blir andfådd när jag tvättar eller klär mig. |

|  |
| --- |
| **Upplever du något av följande?** |
| Viktminskning:  JA  NEJ |
| Sväljningssvårigheter:  JA  NEJ |
| Halsbränna / reflux:  JA  NEJ |
| Torra ögon / torr mun:  JA ☐NEJ |
| Hudutslag / hudförändringar:  JA  NEJ |
| Ljuskänslighet:  JA  NEJ |
| Blåmärken:  JA  NEJ |
| Svullnad eller ont i leder:  JA  NEJ |
| Vita / blåaktiga fingrar:  JA  NEJ |