

Namn:

Personnummer:

Det är viktigt att du tar kontakt med oss om du har några frågor som gäller något av nedanstående problem, på telefon 0950-391 93 eller 0950-396 55

Kryssa i om du har eller haft något av följande symtom/problem de senaste dagarna.

- | | | |
|--|-------|------|
| 1.Frossa och/eller feber över 38°C | (Nej) | (Ja) |
| 2. Andra tecken på infektion | (Nej) | (Ja) |
| 3.Besvär med illamående och/eller
kräknigar | (Nej) | (Ja) |
| 4. Ätsvårigheter | (Nej) | (Ja) |

Vilka:.....

- | | | |
|--|-------|------|
| 5. Ofrivillig viktnedgång | (Nej) | (Ja) |
| 6. Frekventa diaréer | (Nej) | (Ja) |
| 7. Blödningar som inte stoppar | (Nej) | (Ja) |
| 8. Kvarvarande besvär med domningar
och/eller stickningar i händer och fötter | (Nej) | (Ja) |
| 9. Andra besvär som du tror kan inverka
på möjlighet att få behandling | (Nej) | (Ja) |

Vilka:.....

10. Hur stor del av din vakna tid vilar du i säng eller stol?

.....

11. Övrigt du vill ta upp med din sjuksköterska

.....

.....

12. Aktuell vikt:..... (kontrollera din vikt på behandlingsdagens morgon)

Behöver du förnyat sjukintyg eller recept så använd dig av 1177.se eller kontakta telefonrådgivningen i god tid