

Till dig som remitterats till oss för ställningstagande till överviktskirurgi!

För att vi ska kunna göra en så bra bedömning som möjligt av dina behov av eventuell behandling ber vi dig att besvara samtliga frågor i frågeformulären. Vänligen returnera formuläret till Kirurgiska Kliniken Lycksele i bifogat svarskuvär.

ALLMÄNNA UPPGIFTER

Datum:

Efternamn:

Förnamn:

Personnummer:

Gatuadress:

Postadress:

Telefon bostad:

Telefon dagtid:

Mobiltelefon:

Civilstånd

- ☐ Gift
☐ Sambo
☐ Ensamstående

Barn

- ☐ Har inga barn
☐ Har st. barn. Deras ålder är:
☐ Har st. barn som bor hemma hos mig.

Yrke/sysselsättning:

.....

Finns något av nedanstående i släkten?

	Far	Mor	Syskon	Övrig släkt	Vet ej
Fetma	☐	☐	☐	☐	☐
Diabetes (även ålderssocker)	☐	☐	☐	☐	☐
Hypertoni (högt blodtryck)	☐	☐	☐	☐	☐
Hjärtkärlsjukdom	☐	☐	☐	☐	☐
Alkoholproblem	☐	☐	☐	☐	☐

Egen sjukhistoria

	Ja	Nej
Diabetes (även ålderssocker)	☐	☐
Hypertoni (högt blodtryck)	☐	☐
Förhöjda blodfetter	☐	☐
Blodpropp	☐	☐
Hjärtsjukdom	☐	☐
Reflux/sura uppstötningar	☐	☐
IBS	☐	☐
Crohns/Ulcerös colit	☐	☐
Annan buksmärta, specificera	☐	☐
Njursten	☐	☐
Gikt	☐	☐
Psykisk sjukdom	☐	☐
Andra sjukdomar	☐	☐
Allergi / överkänslighet, specificera	☐	☐

.....

.....

.....

Är du tidigare opererad i magen? I så fall när, var och för vad?

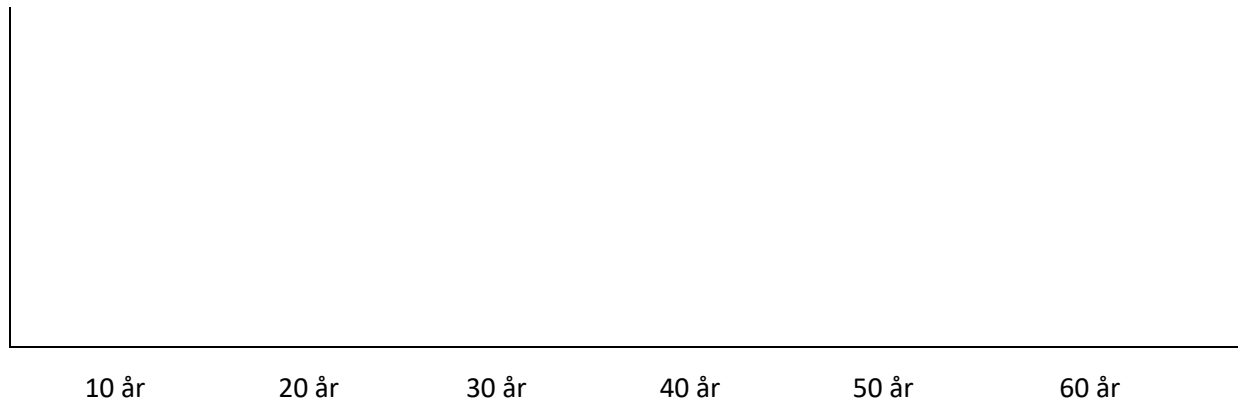
.....

.....

.....

Vad är det mesta du vägt? kg.

Viktutveckling (försök gärna att rita en kurva)



Vad har du för besvär som du upplever är viktrelaterade?

.....

.....

.....

Tidigare viktnedskärningsmetoder

- ☐ Viktväktarna eller liknande
- ☐ Motion
- ☐ Fasta
- ☐ Pulverkost tex. Cambridge m.m.

Läkemedel

- ☐ Xenical
- ☐ Reductil
- ☐ Acomplia

Övrigt, exempelvis tabletter beställda på nätet.....

.....

Vad är det mesta du lyckats gå ner i vikt?.....

Hur gjorde du då och när var det?.....

.....

Matdagbok en typisk dag

Äter du..	Frukost	Nej ☐	Ja ☐ ex.....
	Mellanmål	Nej ☐	Ja ☐
	Lunch	Nej ☐	Ja ☐
	Mellanmål	Nej ☐	Ja ☐
	Middag	Nej ☐	Ja ☐
	Kväll	Nej ☐	Ja ☐
	Natt	Nej ☐	Ja ☐

Har du arbetstider som medför oregelbundna måltider? Nej ☐ Ja ☐

Dricker du läsk?

Nej ☐	Ja ☐	Hur ofta?	Typ av läsk?
		☐ Dagligen	☐ Vanlig läsk
		☐ Någon gång per vecka	☐ Light läsk
		☐ Nästan aldrig	

Fysisk aktivitet

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion?

Exempel: Promenader, cykling eller trädgårdsarbete.

Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången)

Måndag

Tisdag

Onsdag

Torsdag

Fredag

Lördag

Söndag

Antal min per vecka:

Hur mycket tid ägnar du åt fysisk träning som får dig att bli andfådd?

Exempel: Löpning, motionsgymnastik eller bollsport.

Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången)

Måndag

Tisdag

Onsdag

Torsdag

Fredag

Lördag

Söndag

Antal min per vecka:

Nikotin

Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!

Mina rökvanor:

- ☐ Aldrig varit rökare.
- ☐ Slutat röka för mer än 6 månader sedan.
- ☐ Slutat röka för mindre än 6 månader sedan.
- ☐ Jag röker, men inte dagligen.
- ☐ Jag röker dagligen:
 - ☐ 1-9 cigaretter per dag.
 - ☐ 10-19 cigaretter per dag.
 - ☐ 20 eller fler cigaretter per dag.

Mina snusvanor:

- ☐ Aldrig varit snusare.
- ☐ Slutat snusa för mer än 6 månader sedan.
- ☐ Slutat snusa för mindre än 6 månader sedan.
- ☐ Jag snusar, men inte dagligen.
- ☐ Jag snusar dagligen:
 - ☐ 1-3 dosor per vecka.
 - ☐ 4-6 dosor per vecka.
 - ☐ 7 eller fler dosor per vecka.

Skriv de läkemedel, vitaminer, mineraler, naturläkemedel, tillskott och ev injektioner du tar.

Ange också när på dygnet och hur många tabletter.

Läkemedel	För vad	Styrka	Morgon	Lunch	Middag	Kväll	Vid behov
<i>(Exempel) Alvedon</i>	<i>Smärta</i>	<i>500 mg</i>	<i>1</i>		<i>1</i>	<i>2</i>	
.....			☐	☐	☐	☐	☐
.....			☐	☐	☐	☐	☐
.....			☐	☐	☐	☐	☐
.....			☐	☐	☐	☐	☐
.....			☐	☐	☐	☐	☐
.....			☐	☐	☐	☐	☐
.....			☐	☐	☐	☐	☐
.....			☐	☐	☐	☐	☐
.....			☐	☐	☐	☐	☐
.....			☐	☐	☐	☐	☐
.....			☐	☐	☐	☐	☐

Tar du någon multivitaminertablett? Vilken och hur många tabletter per dag?

.....

Kvinna: Om preventivmedel, vilken typ använder du?

Har du rikliga menstruationer? ☐ Ja ☐ Nej

Har du fått någon allergisk reaktion av något läkemedel?

.....

Sömn

Har du varit på utredning för nattliga andningsuppehåll (sömnapné)?

Ja ☐ Nej ☐

Har du CPAP*?

Ja ☐ Nej ☐

*En mask som via en kompressor skapar ett lätt lufttryck som håller luftvägarna öppna.

Har du antisnark/-bettskena?

Ja ☐ Nej ☐

Snarkar du?

Ja ☐ Nej ☐ Vet ej ☐

Är du ofta trött/sömnig dagtid?

Ja ☐ Nej ☐

Har någon observerat att du slutar andas när du sover?

Ja ☐ Nej ☐ Vet ej ☐