

BEGRÄNSNINGAR I VARDAGEN

HJÄLPER DIG ATT TYDLIGT BESKRIVA VAD SJUKDOMEN ORSAKAR FÖR
FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR OCH AKTIVITETSBEGRÄNSNINGAR I VARDAGEN

Du kan använda det här formuläret för att förbereda ditt nästa läkarbesök. Det hjälper dig att tydligt beskriva hur din sjukdom påverkar din vardag. Det vill säga vilka **funktionsnedsättningar** som följer av dina **diagnoser** och vilka **konkreta aktivitetsbegränsningar** de orsakar.

Du behöver inte lämna det till läkaren om du inte själv vill. Du kan till exempel säga: "Jag tog med det här för att hjälpa till att förklara hur mitt tillstånd påverkar mig i vardagen."

Om dina symtom varierar mycket, fyll i ett **genomsnitt sedan förra läkarbesöket**.

1. DINA STÖRSTA BESVÄR/SYMTOM SEDAN FÖRRA BESÖKET

Vad har besvärat dig mest? Vad är det viktigaste du vill att din läkare ska känna till?

2. FÖRÄNDRINGAR SEDAN DITT SENASTE BESÖK

☐ Jag har blivit sämre ☐ Jag är ungefär oförändrad ☐ Jag har förbättrats

Beskriv eventuella förändringar:

3. BEGRÄNSNINGAR I VARDAGLIGA AKTIVITETER

Markera de aktiviteter som är svåra för dig att genomföra och fyll i hur länge eller hur mycket du klarar dem *utan att försämrats (inklusive fördröjd försämring)*. Du kan också prata med din läkare om vilken diagnos aktivitetsbegränsningarna kan kopplas till.

☐ Sitta	Hur många minuter klarar du innan du måste avbryta?	<hr/>
☐ Stå	Hur många minuter klarar du innan du måste avbryta?	<hr/>
☐ Gå	Hur långt eller hur länge kan du gå (sträcka/tid)?	<hr/>
☐ Lyfta eller bära	Hur tungt kan du som mest bära?	<hr/>
☐ Använda händer	Greppa, skriva på tangentbord/för hand – hur länge?	<hr/>
☐ Sträcka armar	Är det svårt att sträcka armarna över huvudet/framåt?	<hr/>
☐ Koncentrera dig	Läsa, titta på TV – hur länge?	<hr/>
☐ Vara social	Samtala med en eller flera personer – hur länge?	<hr/>
☐ Intryck	Vistas i stömmiga miljöer, t.ex. kollektivtrafik/restaurang	<hr/>

Är du beroende av hjälp för att sköta aktiviteter i vardagen (hygien, handling, matlagning, städning etc.)?

☐ Ja ☐ Delvis ☐ Nej

4. BEHOV AV VILA ELLER PAUSER

Behöver du ligga ner under dagen?

Hur många gånger per dag? _____ Hur länge varje gång? _____

Behöver du andra typer av pauser?

Hur många gånger per dag? _____ Hur länge varje gång? _____

5. SYMTOM SOM FÖRHINDRAR/AVBRYTER DINA AKTIVITETER

Vilka av dina symtom (inklusive fördröjda) förhindrar eller gör att du behöver avbryta, dina aktiviteter? Du kan också prata med din läkare om vilken diagnos symtomen kan kopplas till.

- ☐ Trötthet/utmattning ☐ Yrsel ☐ Hög puls ☐ Smärta ☐ Sömnproblem
☐ Sjukdomskänsla ☐ Illamående ☐ Huvudvärk ☐ Hjärntrötthet ☐ Muskelsvaghet
☐ Andningsvärigheter ☐ Feber ☐ Suddig syn ☐ Annat

Hur ofta gör symtomen (inklusive fördröjda) att du är förhindrad/måste avbryta dina aktiviteter? _____

Hur många timmar per dag påverkas du? _____

Vad gör symtomen värre? _____

6. BÄTTRE DAGAR JÄMFÖRT MED SÄMRE DAGAR

Hur många **sämre dagar** har du i genomsnitt per vecka? _____

Hur många **bättre dagar** har du i genomsnitt per vecka? _____

Vad gör en sämre dag svår? Vad kan du **inte** göra en sämre dag som du kan göra en bättre dag?

7. LÄKEMEDEL OCH BIVERKNINGAR

Fungerar dina nuvarande läkemedel? Finns det några problem eller biverkningar som du vill diskutera? Behöver du förnya något recept?

8. NÅGOT MER SOM DIN LÄKARE BÖR KÄNNA TILL

Du vet väl att det finns skattningsformulär på vår hemsida?

Du vet väl att du hittar symtomskattningsformulär att ta med till vården på vår hemsida? Där finns bland annat formulär för POTS, mental fatigue och FUNCAP som syftar till att bedöma funktionsförmåga hos patienter med belastningsutlöst symtomförsämring (PEM):

<https://covidforeningen.se/vard-och-stod/formular-att-ta-med-till-varden/>