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 [ ] SjukpensionVad 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  |