

Vi vil gerne bede dig om at udfylde blanketten ved i den øverste del at slå ring om det svar, som du synes passer bedst til hvordan du har haft det de seneste 6 måneder.

Grad	0	1	2	3	4
Svedeture	Ingen	Mild og ikke hver dag	Hver dag, påvirker min funktion men forhindrer ikke de daglige gøremål	Flere gange dagligt, og forhindrer mine daglige gøremål	Voldsomme og invaliderende
Hedestigninger	Ingen	Rødmen, men ingen ubehag	Rødmen og varmfølelse		
Søvnbesvær	Ingen	Lejlighedsvis	Oftede, påvirker min funktion men forhindrer ikke de daglige gøremål	Hyppige og forhindrer mine daglige gøremål	Jeg er ude af stand til gøre noget som helst
Træthed	Ingen	Mild, men mere end før behandlingen	Moderat, påvirker min funktion men forhindrer ikke de daglige gøremål	Svær, og forhindrer mine daglige gøremål	Jeg er ude af stand til gøre noget som helst
Kvalme	Ingen	Let kvalme, men kan spise	Svær kvalme, besvær med at spise og drikke	Kan hverken spise eller drikke	Meget svær kvalme og jeg blev indlagt
Muskelsmerter	Ingen	Let smerte, påvirker ikke ens funktioner	Moderate, påvirker min funktion men forhindrer ikke de daglige gøremål (smertestillende medicin nødvendig)	Svære smerter som forhindrer mine daglige gøremål (smertestillende medicin nødvendig)	Voldsomme, invaliderende smerter
Knogle- eller ledsmerter	Ingen	Mild smerte som ikke påvirker min funktion	Moderate, påvirker min funktion men forhindrer ikke de daglige gøremål (smertestillende medicin nødvendig)	Svære smerter som forhindrer mine daglige gøremål (smertestillende medicin nødvendig)	Voldsomme, invaliderende smerter
Hududslæt	Ingen	Let udslæt der kan kontrolleres med creme eller kløestillende midler	Udslæt der vanskeligt kontrolleres med creme eller kløestillende midler	Udslæt med smertende sår, der ikke kontrolleres med medicin	
Hårtab	Ingen	Udtynding eller mindre bare pletter	Komplet		
Andre gener (beskriv med få ord)	-----				

I den næste del vil vi bede dig angive, om du indenfor de seneste 2 eller 6 måneder, har fået påvist andre alvorlige sygdomme eller har været i behandling for andre sygdomme.

<b>Har du i løbet af de seneste 2 eller 6 måneder:</b>	<b>Er du i behandling for andre sygdomme, fx for:</b>
Været indlagt på et hospital . . . . . <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Forhøjet blodtryk . . . . . <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Fået påvist andre sygdomme fx: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Knogleskørhed (osteoporose) . . . . . <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Et knoglebrud . . . . . <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Depression . . . . . <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
En hjerneblødning . . . . . <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Forhøjet Kolesterol tal . . . . . <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
En blodprop i hjertet . . . . . <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Ændringer i stofskiftet . . . . . <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
En blodprop i benene . . . . . <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Andre sygdomme . . . . . <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Kommentar	-----

Vi vil bede dig udfylde skemaet dagen før du skal til kontrol. Aflever skemaet til sygeplejersken eller lægen i forbindelse med kontrollen.

Navn: _____	Dato: _____
CPR-nummer: _____	