

Frågeformulär till patienter som önskar genomgå fetmakirurgi!

Namn

Personnummer

Du bör/ska använda dig av stegräknare och gå i snitt 10 000 steg/dag.



| Personuppgifter | | |
|--|-------|--|
| Namn | | Personnummer |
| Adress | | Postadress |
| Telefon (även riktnummer) | | Telefon mobil |
| E-post | | Behöver du tolk? Om ja i vilket språk: |
| Går det bra att vi skickar avidentifierad information till dig per SMS eller mail? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Enbart SMS <input type="checkbox"/> Enbart mail | | |
| Medger du att vi, för att kunna bedöma om Aspiremetoden är ett lämpligt behandlingsalternativ mot din övervikt vid behov inhämtar journalhandlingar från andra sjukhus och kliniker? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | |
| Yrke/sysselsättning | | |
| Vikt | Längd | BMI (ifylles av överviktsenheten) |

Sömnapné och snarkning

| Hur troligt är det att du skulle slumra till eller somna i följande situationer? | Skulle aldrig slumra (0 p) | Liten risk att slumra (1 p) | Måttlig risk att slumra (2 p) | Stor risk att slumra (3 p) |
|--|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Sitter och läser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tittar på TV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sitter överksam, ex på möte eller teater | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Som passagerare i en bil i en timme utan paus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ligger ner och vilar på eftermiddagen om omständigheterna tillåter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sitter och pratar med någon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sitter stilla efter att ha ätit lunch utan alkohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I en bil som stannat några minuter i trafiken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Summa: | | | | |

Droger

| Nyttjar du | Ja | Nej | Eventuell kommentar |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alkohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Om Ja, hur ofta och vad? |
| Rökning eller snusning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vad? Hur mycket? |
| Andra droger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vad? |

Motion och Funktion

| | Ja | Nej | Eventuell kommentar |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| Motionerar du | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Om Ja, hur ofta och med vad? |
| Använder du stegräknare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Om Ja, hur många steg brukar du gå per dag? |
| Brukar du promenera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Om Ja, hur ofta och hur långt? |
| Hur långt har du till arbetet eller skolan? | | | Hur tar du dig till arbetet eller skolan? |
| Hur långt kan du gå på plan mark utan att vila? | | | Vad begränsar hur lång du kan gå? |
| Hur många våningar kan du gå i trappor utan att vila? | | | Vad begränsar hur många trappor du kan gå? |
| Är det något annat du vill tillägga? | | | |

Om du använder stegräknare

| Hur många steg gick du totalt? | Igår | Förra veckan | Förra månaden |
|--------------------------------|------|--------------|---------------|
| | | | |

Smak

| | Nästan jämt | Någon gång/dag | Någon gång i veckan | Någon gång i månaden | Nästan aldrig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hur ofta känner du sugen på någonting sött? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hunger

| Vilket stämmer för dig? | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Jag är alltid hungrig! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag är aldrig hungrig! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag måste tvinga mig för att äta! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag blir hungrig när jag inte ätit på några timmar! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Måltidsordning

| Hur många gånger i veckan brukar du äta | Varje dag | 5-6 ggr | 3-4 ggr | 0-2 ggr |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Frukost | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellanmål förmiddag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lunch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellanmål eftermiddag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kvällsmat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sent kvällsmål | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nattmål | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kost

| Hur ofta brukar du äta | Varje dag | 3-6 ggr/v | 1-2 ggr/v | 1-4 ggr/mån | Mindre än en gång i månaden |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Godis, choklad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chips, nötter, ostbågar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kakor, bullar, bakelser, tårta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krämer, puddingar, söta pajer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glass | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Finns det andra söta eller feta rätter du ofta äter? Om Ja, vad?

Dryck

| Hur ofta dricker du? | Varje dag | 3-6 ggr/v | 1-2 ggr/v | 1-4 ggr/mån | Mindre än en gång i månaden |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Läsk, saft, juice, lättöl eller energidryck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grädde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Choklad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Proteindrycker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kaffe/te med socker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andra söta drycker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vad brukar du dricka till maten?

Ätbeteende

| Stämmer något av nedanstående in på dig? | Nästan jämt | Någon gång per dag | Någon gång i veckan | Någon gång i månaden | Nästan aldrig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Brukar ibland framkalla kräkningar efter att du har ätit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brukar du ibland förlora kontrollen över vad du äter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kan du åka iväg sent på kvällen eller natten för att köpa något du är sugen på? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brukar du trösta dig med att äta något gott när du är ledsen, arg eller besviken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kostregistrering under en dag

Fyll i allt du äter under en dag. Använd gärna mobilkamera och fotografera det du äter och dricker, så du inte glömmer något!

| | |
|-------------|--|
| Frukost | |
| Förmiddag | |
| Lunch | |
| Eftermiddag | |
| Kvällsmat | |
| Kväll | |
| Natten | |

Ärftlighet

Ange om dina föräldrar, syskon, person du lever med eller dina barn är överviktiga.

Far Mor Sambo Syskon Barn

| | | | |
|------------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| Antal överviktiga barn | Av hur många | Antal överviktiga syskon | Av hur många |
|------------------------|--------------|--------------------------|--------------|

Har någon av dessa personer genomgått en överviktsoperation? Om ja, vilka?

Mediciner mot överviktsrelaterade sjukdomar

| Behandlas du för | Ja | Nej | Eventuell kommentar |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Högt blodtryck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Höga blodfetter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Depression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sur magen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Smärtor i knä, fotleder, rygg eller höft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Om Ja, var? |
| Kronisk smärta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Nattligt andningsupphåll | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Om Ja, använder du CPAP? |
| Ofrivillig barnlöshet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Hjärt- lung- och kärlsjukdomar

| Har du haft | Ja | Nej | Eventuell kommentar |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| Hjärtinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Slaganfall, stroke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Propp i benet eller lungan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Lider du av | Ja | Nej | Eventuell kommentar |
| Nedsatt njurfunktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Nedsatt lungfunktion eller KOL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kärlkramp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hjärtsvikt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Rörelse apparaten

| Lider du av | Ja | Nej | Eventuell kommentar |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| Reumatisk sjukdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Funktionshinder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | På vilket sätt? |
| Fibromyalgi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Vikthistoria

| | | |
|--|--------------|---------------------------------|
| Hur lång har du varit överviktig? | | |
| Varför tror du att du har gått upp i vikt? | | |
| Har du försökt gå ner i vikt tidigare? I så fall hur? | | |
| Hur många kilo har du gått ner som mest? | När var det? | Hur länge behöll du den vikten? |
| Varför vill du gå ner i vikt? Är det något speciellt du skulle vilja göra om du gick ner i vikt? | | |

Smärtanamnes

| | |
|---|---------------------------|
| Har du haft kontakt med Smärtmottagningen | Om Ja, i så fall för vad? |
|---|---------------------------|

Magproblem

| Lider du av | Ja | Nej | Eventuell kommentar |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Förstoppning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Om Ja, hur ofta? |
| Diarréer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Om Ja, hur ofta? Hur många tarmstörningar/dag? |
| Irritabel tarm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Buksmärtor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Dåliga tänder eller tuggproblem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Är du opererad i buken tidigare | Om Ja, varför? | | |

Psykisk hälsa

| |
|--|
| Har du någon gång skadat dig själv i ångestdämpande syfte eller för att du mådde dåligt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Har du någon gång utfört ett självmordsförsök <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Har du haft kontakt med psykiatrikliniken? I så fall på grund av vad? |

Mediciner

Ange vilka mediciner du tar, vilken styrka de har och hur många tabletter du tar vid varje tillfälle

| Medicin | Styrka | Morgon | Lunch | Eftermiddag | Kväll | Till natten | Vid behov |
|---------|--------|--------|-------|-------------|-------|-------------|-----------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Allergier

| | |
|--------------------------------|-------------|
| Är du allergisk mot någonting! | Om Ja, vad? |
|--------------------------------|-------------|