
Frågor inför läkemedelsbehandling Reumatologkliniken

Ditt läkemedel: _____ Namn: _____

Du behandlas med ett läkemedel som har en dämpande effekt på immunförsvaret. Det är därför viktigt att göra uppehåll med medicineringen om du har en pågående infektion. För att veta att det inte finns hinder för din planerade behandling vill vi att du svarar på följande frågor.

Sköter du behandlingen på egen hand vill vi att du tänker igenom och besvarar frågorna för dig själv.

Får du behandlingen på mottagningen vill vi att du fyller i pappret och tar med vid besöket.

Är svaret ja på någon av frågorna vill vi att du kontaktar rådgivande sjuksköterska på mottagningen.

KONTAKTUPPGIFTER

Reumatologmottagningen

Rådgivande sjuksköterska

Telefonnummer: 021-175540

Telefontid: må-to 8-15.30 fr 8-12

Du når oss också via E-tjänsten Mina vårdkontakter på www.1177.se

Frågor inför läkemedelsbehandling Reumatologkliniken

FRÅGOR ATT BESVARA

Har du *senaste veckan* haft besvär från

Tänder eller munhåla?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Sår - hudbesvär? Har du något sår eller någon hudförändring som är svullen, rodnad, ömmar eller vätskar? Har du besvär med nageltrång?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Urinvägar? Har du symtom i form av täta trängningar eller sveda? Illaluktande eller grumlig urin eller flytningar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Luftvägar? Har du symtom i form av feber, snuva, halsont eller hosta? Värk i bihålor (kind- eller pannben), huvudvärk eller ont i öronen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Mage/tarm? Har du symtom i form av diarréer eller buksmärtor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du andra symtom som tyder på en pågående infektion?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Behandlas du med antibiotika, eller har du avslutat en antibiotika-behandling för mindre än en vecka sedan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har ditt hälsotillstånd/medicinska tillstånd förändrats på annat sätt sedan senaste behandlingen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du opererats eller haft annan kontakt med sjukvård eller tandvård sedan senaste behandlingen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är det planerat någon operation/behandling eller besök inom sjukvård eller tandvård den närmsta månaden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du haft biverkningar efter din senaste behandling?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej