

Namn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Personbeteckning: \_\_\_\_\_ Längd: \_\_\_\_\_ Vikt: \_\_\_\_\_

	A	B	C
<b>1. Ålder</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. < 18 år			
B. < 18-65 år			
C. > 65 år			
<b>2. Viktförändring under senaste 6 mån +/- _____ kg</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. ingen förändring			
B. viktuppgång			
C. viktminskning			
<b>3. Dietförändringar under de senaste 6 mån</b> (matens kvalitet, mängden uppäten mat, matlust)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. ingen förändring			
B. förändring till det bättre			
C. förändring till det sämre			
_____			
_____			
<b>4. Matsmältningskanalens symtom under den senaste månaden</b> (svårigheter att svälja, halsbränna, uppstötningar, kräkningar, illamående, magsmärtor, svullnad, gasbesvär, förstoppning, diarré, svältning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ MSQ-symtomfrågeblankett: _____ (poäng från punkten matsmältning)			
A. inga symtom < 4 poäng			
B. några / lindriga symtom 4 - 6 poäng			
C. flera / svåra symtom > 6 poäng			
<b>5. Sjukdomar och av dem förorsakad stress för kroppen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. ingen stress			
B. måttlig stress			
C. betydande stress			

Namn: \_\_\_\_\_

	A	B	C
<p><b>6. Sömn</b></p> <p>A. tillräcklig</p> <p>B. otillräcklig sömn</p> <p>C. sömnstörningar / ouppfriskande sömn</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>7. Funktionsförmåga</b></p> <p>A. oförändrad</p> <p>B. måttlig nedsättning</p> <p>C. betydande nedsättning</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>8. Vardagsmotion (t.ex. gång, trappanvändning osv.)</b></p> <p>A. dagligen</p> <p>B. sporadiskt</p> <p>C. knappast någonsin</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>9. Motion, som gör andfådd / ökar pulsen</b></p> <p>A. ≥ 2 gånger i veckan</p> <p>B. en gång i veckan</p> <p>C. mera sällan</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>10. Muskelkondition / rörelsekontroll utvecklande motion</b></p> <p>A. ≥ 2 gånger i veckan</p> <p>B. en gång i veckan</p> <p>C. mera sällan</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Bedömning av nutritionstillståndet: del 2 (Läkaren fyller i)

Längd: \_\_\_\_\_ (uppmätt/anmäld) BMI vikt/(längd x längd): \_\_\_\_\_ Inbody: \_\_\_\_\_

Vikt: \_\_\_\_\_ (uppmätt/anmäld) Midjemått: \_\_\_\_\_

	A	B	C
--	---	---	---

1. Svullnad

A. nej      B. sporadiskt      C. ofta

Läge: \_\_\_\_\_

2. Ascites/tarmljud

\_\_\_\_\_

3. Blodtryck och vilopuls

RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_      RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_

Egen uppföljning av blodtryck RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_

A. normalt      B. lågt      C. upphöjt

4. Tryckkraft

A. normal, hänthet motsvarande      B. nedsatt

Sachen: höger \_\_\_\_\_ kg, vänster \_\_\_\_\_ kg

Vid behov ytterligare undersökningar av extremiteter

5. Munhälsa:

Senaste tandläkarbesök: \_\_\_\_\_

Tunga: \_\_\_\_\_      Tänder: \_\_\_\_\_

Slemhinnor: \_\_\_\_\_      Halsmandlar: \_\_\_\_\_

DG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Bedömning av nutritionstillståndet:

Välnärd       Näringsmässig risk       Klar risk för undernäring

### Bedömning av oxidativ stress:

Ingen oxidativ stress       Risk för oxidativ stress       Oxidativ stress