

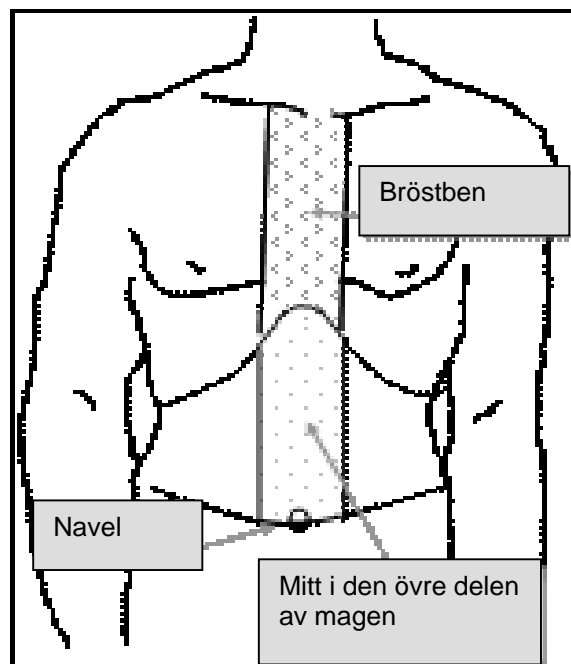
GerdQ

- ett formulär för att hitta och utvärdera refluxsjukdom

Tänk på dina symptom under de senaste 7 dagarna

	Aldrig	1 dag	2-3 dagar	4-7 dagar
1. Hur ofta har du haft en brännande känsla bakom bröstbenet (halsbränna)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Hur ofta har du känt maginnehåll (fast eller flytande) röra sig uppåt mot halsen eller munnen (uppstötningar)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Hur ofta har du haft smärta mitt i den övre delen av magen?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Hur ofta har du känt dig illamående?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Hur ofta har du haft svårt att sova gott på grund av halsbränna och/eller uppstötningar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Hur ofta har du tagit någon receptfri medicin mot halsbränna och/eller uppstötningar utöver vad din läkare har sagt att du skall ta (t.ex. Losec MUPS, Omeprazol, Zantac, Pepcid, Novalucol, Link, Rennie, Samarin)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Totalt antal poäng



Kirurgkliniken



Länssjukhuset
Sundsvall-Härnösand
LANDSTINGET VÄSTERNORRLAND

vänd ---->

DIAGNOS AV REFLUXSJKDOM

Tänk på dina symptom under de senaste 7 dagarna

	Aldrig	1 dag	2-3 dagar	4-7 dagar
1. Hur ofta har du haft en brännande känsla bakom bröstbenet (halsbränna)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Hur ofta har du känt maginnehåll (fast eller flytande) röra sig uppåt mot halsen eller munnen (uppstötningar)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Hur ofta har du haft smärta mitt i den övre delen av magen?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Hur ofta har du känt dig illamående?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Hur ofta har du haft svårt att sova gott på grund av halsbränna och/eller uppstötningar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Hur ofta har du tagit någon receptfri medicin mot halsbränna och/eller uppstötningar utöver vad din läkare har sagt att du skall ta (t.ex. Losec MUPS, Omeprazol, Zantac, Peppid, Novalucol/Novaluzid, Link, Rennie, Samarin)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Refluxsjukdom om ≥ 8 p

DIAGNOS AV SVÅR REFLUXSJKDOM

Tänk på dina symptom under de senaste 7 dagarna

	Aldrig	1 dag	2-3 dagar	4-7 dagar
1. Hur ofta har du haft en brännande känsla bakom bröstbenet (halsbränna)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Hur ofta har du känt maginnehåll (fast eller flytande) röra sig uppåt mot halsen eller munnen (uppstötningar)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Hur ofta har du haft smärta mitt i den övre delen av magen?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Hur ofta har du känt dig illamående?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Hur ofta har du haft svårt att sova gott på grund av halsbränna och/eller uppstötningar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Hur ofta har du tagit någon receptfri medicin mot halsbränna och/eller uppstötningar utöver vad din läkare har sagt att du skall ta (t.ex. Losec MUPS, Omeprazol, Zantac, Peppid, Novalucol/Novaluzid, Link, Rennie, Samarin)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Svår refluxsjukdom om totalt ≥ 8 p varav ≥ 3 p inom detta område

UPPFÖLJNING AV REFLUXBEHANDLING

Tänk på dina symptom under de senaste 7 dagarna

	Aldrig	1 dag	2-3 dagar	4-7 dagar
1. Hur ofta har du haft en brännande känsla bakom bröstbenet (halsbränna)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Hur ofta har du känt maginnehåll (fast eller flytande) röra sig uppåt mot halsen eller munnen (uppstötningar)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Hur ofta har du haft smärta mitt i den övre delen av magen?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Hur ofta har du känt dig illamående?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Hur ofta har du haft svårt att sova gott på grund av halsbränna och/eller uppstötningar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Hur ofta har du tagit någon receptfri medicin mot halsbränna och/eller uppstötningar utöver vad din läkare har sagt att du skall ta (t.ex. Losec MUPS, Omeprazol, Zantac, Peppid, Novalucol/Novaluzid, Link, Rennie, Samarin)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Underbehandlad refluxsjukdom om kryss inom dessa områden