

Symptomskala

Nedan finns en lista över saker som kan vara problematiska för **dig**. Tala om för oss **hur ofta du har haft problem** med varje sak under den **SENASTE MÅNADEN** genom att markera:

Det finns inga rätta eller fel svar.

Under den **SENASTE MÅNADEN**, hur ofta har du haft problem med...

SYMPTOM FRÅN MAGE OCH TARM (problem med...)	Aldrig 0	Nästan aldrig 1	Ibland 2	Ofta 3	Nästan alltid 4
1. Smärta i buken eller magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kräkningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Obehag i buken eller magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gasighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dålig aptit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Uppblåsthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symtombeskrivning

Här följer fler frågor kring dina besvär. Svara på de frågor som går. Lämna övriga tomma.

Påverkar besvären skolgång, aktiviteter och livssituation? Ja Nej

Om JA, på vilket sätt? _____

Finns det faktorer som lindrar, utlöser, förvärrar? Ja Nej

Om JA, på vilket sätt? _____

Hur länge har besvären pågått? _____

Mer om smärtor

Hur ofta kommer smärtorna? Varje dag Varje vecka
 Minst 4 gånger per månad Mindre än en gång per månad

Hur länge sitter smärtorna i? Några minuter Upp till en timme
 Stor del av dagen Flera dagar eller mer

Var sitter smärtorna? _____

Är smärtorna alltid likadana? _____

Är smärtorna kombinerade med andra symptom (ex blekhet, illamående/kräkning, huvudvärk)?
 Ja Nej

Om JA, på vilket sätt? _____

Om avföringen/tarmvanorna

Hur ofta går du och bajsar? Minst varje dag Cirka varannan dag
 Några gånger per vecka Bara en gång per vecka

Vilken konsistens har avföringen? _____

Hur ser toalettvanorna ut? Går du på toa i skolan? Ja Nej

Är buksmärtan kopplad till avföring, kan den till exempel lätta efter avföring? Ja Nej

Finns avföringsläckage? Ja Nej

Finns smärtor i/vid ändtarmsöppningen? Ja Nej

Har du haft blod i avföringen eller på pappret när du torkat dig? Ja Nej

Finns illamående, kräkningar eller sura uppstötningar? Ja Nej

Om ja vilket/vilka, och på hur ofta? _____

Blir du mätt tidigt? Ja Nej

Känner du dig uppblåst? Ja Nej

Om mat/kosthållning

Antalet måltider/dag?

Går det långt mellan måltiderna?

Ja Nej

Finns det något i kosten som påverkar besvären positivt eller negativt? Ja Nej

Om ja vad, och på vilket sätt?

Finns det någon ärftlighet för mag-tarmsjukdomar?

Ja Nej

Om ja vilken sjukdom och hos vem?_
