

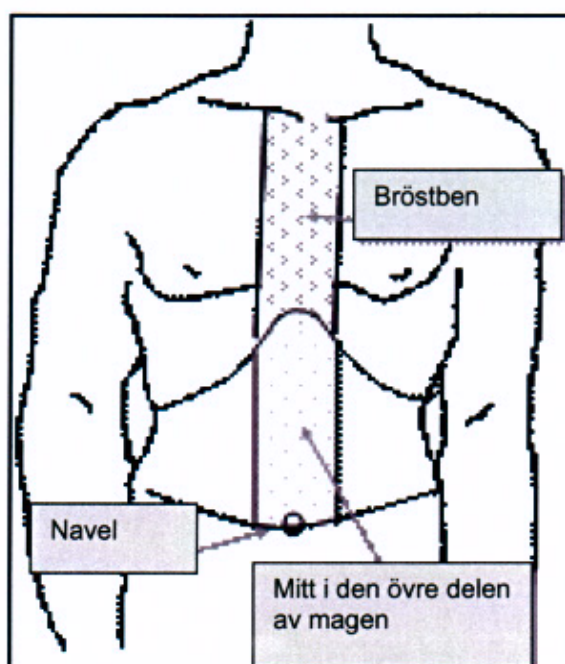
GerDQ

- 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

Östersunds sjukhus



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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hur ofta har du känt maginnehåll (fast eller flytande) röra sig uppåt mot halsen eller munnen (uppstötningar)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hur ofta har du haft smärta mitt i den övre delen av magen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hur ofta har du känt dig illamående? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hur ofta har du haft svårt att sova gott på grund av halsbränna och/eller uppstötningar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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/Novaluzid, Link, Rennie, Samarin)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hur ofta har du känt maginnehåll (fast eller flytande) röra sig uppåt mot halsen eller munnen (uppstötningar)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hur ofta har du haft smärta mitt i den övre delen av magen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hur ofta har du känt dig illamående? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hur ofta har du haft svårt att sova gott på grund av halsbränna och/eller uppstötningar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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/Novaluzid, Link, Rennie, Samarin)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hur ofta har du känt maginnehåll (fast eller flytande) röra sig uppåt mot halsen eller munnen (uppstötningar)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hur ofta har du haft smärta mitt i den övre delen av magen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hur ofta har du känt dig illamående? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hur ofta har du haft svårt att sova gott på grund av halsbränna och/eller uppstötningar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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/Novaluzid, Link, Rennie, Samarin)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Underbehandlad refluxsjukdom om kryss inom dessa områden