

PHASE-20

Skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom
Läkitykseen mahdollisesti liittyvien oireiden arviointiasteikko

Nimi Namn						
Henkilötunnus Personnummer		Päivämäärä Datum		Hoitohenkilökunnan nimikirjoitus Vårdpersonals sign		
Diagnoosi: Diagnoser:						
Kuinka paljon potilas on voinut osallistua arviointiin? Hur mycket har patienten kunnat delta i bedömningen?						
		<input type="checkbox"/> Täysin Helt		<input type="checkbox"/> Osaksi Delvis		
				<input type="checkbox"/> Ei ollenkaan Inte alls		
Onko potilas Är patienten		<input type="checkbox"/> Voi kävellä Uppegående		<input type="checkbox"/> Pyörätuolissa Rullstolsburen		
				<input type="checkbox"/> Vuoteenoma Sängbunden		
Pituus: Längd:	Paino: Vikt:	Verenpaine istuessa: BT sittande: Verenpaine seisossa: BT stående:	Pulssi: Puls:	S-kreatiniini: S-kreatinin:	Laskettu kreatiniinipuhdistuma: Beräknat kreatininclearance:	
Päivämäärä: Datum:	Päivämäärä: Datum:	Päivämäärä: Datum:	Päivämäärä: Datum:	Päivämäärä: Datum:	Päivämäärä: Datum:	
<p>Merkitse rasti siihen ruutuun, joka vastaa parhaiten omaa kokemustasi mahdollisesta vaivasta. Mieti tuntemuksiasi kahden viime viikon aikana. <u>Alleiviivaa</u> sinuun parhaiten pätevät oireet ja <u>ylliviva</u>-oireet, jotka eivät pidä paikkaansa kohdallasi.</p> <p>Kryssa i den ruta som bäst överensstämmer med hur du upplever eventuella besvär. Fundera på hur du har känt dig under den senaste tvåveckorsperioden. <u>Stryk under</u> de symtom som stämmer bäst och <u>stryk över</u> de symtom som inte stämmer.</p>						
		Ei vaivaa Inga besvär	Vaivaa vähän Små besvär	Vaivaa kohtalaisesti Måttliga besvär	Vaivaa paljon Stora besvär	Kommentti: Kommentar :
1. Huimaus/horjunta/kaatuilu Yr/ostadig/faller lätt <input type="checkbox"/>						
2. Väsymys/uneliaisuus/ voimattomuus Trött/dåsig/orkeslös <input type="checkbox"/>						
3. Unihäiriöt/painajaiset Sover dåligt/mardrömmar <input type="checkbox"/>						
4. Vatskipu/rintakipu Ont i magen/ont i bröstet <input type="checkbox"/>						
5. Päänsärky Huvudvärk <input type="checkbox"/>						

	Ei vaivaa Inga besvär	Vaivaa vähän Små besvär	Vaivaa kohtalaisesti Måttliga besvär	Vaivaa paljon Stora besvär	Kommentti: Kommentar:
6. Masennus Nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Levottomuus/ahdistus Orolig/ängestfylld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Ärtynoisuus Lättirriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Huonomuistisuus Glömsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Ruokahaluttomuus Dålig aptit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Suun kuivuus Muntorr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Pahoinvointi/oksentelu Illamående/kräks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Ripuli Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Ummetus Förstopning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Sydämentykytys Hjärtklappning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Jalkojen turvotus Svullna ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Hengästyneisyys Andfådd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Virtsaamispakko/ virtsan karkailu Täta trängningar/ urinläckage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Kutina/ihottuma Klåda/utslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>20. Muu oire, esimerkiksi kipu (kirjoita mikä) Annat, till exempel smärta (ange vad) _____</p> <p>Kuinka paljon tämä on vaivannut kahden viime viikon aikana? Hur mycket har det besvärat dig de senaste två veckorna?</p> <p><input type="checkbox"/> Vähän (Små besvär) <input type="checkbox"/> Kohtalaisesti (Måttliga besvär) <input type="checkbox"/> Paljon (Stora besvär)</p>					

PHASE-20 – PHArmacoTherapeutical Symptom Evaluation, 20 kysymystä.

Tarkoituksena on tunnistaa iäkkäillä lääkitykseen mahdollisesti liittyvät oireet, kuten haittavaikutukset, yhteisvaikutukset tai puutteellinen hoito. Lomake voidaan noutaa osoitteesta www.lul.se/lakemedel

PHASE-20 – PHArmacoTherapeutical Symptom Evaluation, 20 frågor.

Syftet är att identifiera symtom hos äldre som kan ha samband med läkemedelsbehandling, till exempel biverkningar, interaktionseffekter eller underbehandling. Blanketten kan hämtas på www.lul.se/lakemedel