

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

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

## Symtom och biverkningar

 Fyll i 1-2 dagar före läkarbesöket och **ta med som underlag för uppföljning.**

 Rapportera din sämsta upplevelse efter föregående behandling.

Sätt ett kryss i den graderingsruta som är aktuell:

<b>Trötthet:</b>	Ingen	Lätt	Måttlig	Svår
<b>Smärta:</b>	Ingen	Lätt	Måttlig	Svår
<b>Illamående:</b>	Ingen	Lätt/äter	Måttligt/svårt att äta	Svårt att äta/behov av dropp
<b>Kräkningar:</b>	Ingen	1 gång/dag	2-5 ggr/dag	Mer än 6 ggr/dag
<b>Irritation av munslimhinnan:</b>	Ingen	Rodnader	Sår/blåsor/smärta	Omfattande blåsor eller sår
<b>Diarré:</b>	Ingen	1-3 ggr/dag	4-6 ggr/dag	Mer än 6 ggr/dag
<b>Förstoppning:</b>	Ingen	Tillfällig	Kontinuerligt behov av laxermedel	Svår, påverkar dagliga livet
<b>Nervpåverkan:</b>	Ingen	Lätta domningar, köldkänslighet	Domningar, kuddkänsla under fötterna	Fumlighet, svårt att knäppa knappar, kramper
<b>Hudpåverkan:</b>	Ingen	Rodnader	Sår/blåsor/smärta	Omfattande blåsor eller sår
<b>Andningspåverkan:</b>	Ingen	Lätt	Måttlig	Svår
<b>Hosta:</b>	Ingen	Lätt	Måttlig	Svår

Har du haft feber &gt;38C efter föregående behandling? Ja \_\_\_ Nej \_\_\_

Hur många timmar vilar/sover du dagtid? \_\_\_\_\_

Din vikt vid besöket? \_\_\_\_\_ kg

Andra besvär eller kommentarer: \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_