

Formulär uppföljning covid-19

Detta formulär innehåller frågor om olika besvär som kan uppstå efter covid-19. Genom att fylla i formuläret får din vårdgivare en samlad bild över dina besvär och ett underlag för att bedöma din situation. Du har rättighet att begära ut data om du önskar.

Personnummer:

Behöver du tolk?

Namn:.....

Språk:.....

Arbetsituation^{x)}

Yrkesarbetar du? ja nej Heltid Deltid.....%

Yrke:.....

Studerar du? ja nej Heltid Deltid.....%

Har du sjukersättning? ja nej Heltid Deltid.....%
Om ja sedan vilket år?.....

Har du ålderspension: ja nej Om ja sedan vilket år?.....

Är du arbetslös: ja nej Heltid Deltid.....%
Om ja, sedan vilket år?

Är du sjukskriven: ja nej Heltid Deltid.....%
Om ja, sedan vilket år?
(månad, år).....

Om ja, gäller sjukskrivningen covid-19? ja nej

x) Din vårdkontakt behöver uppgifter om din arbetsituation vid eventuella kontakter med Försäkringskassan

Arbete och fritid

Har du kunnat gå tillbaka till arbete/studier eller annan sysselsättning efter infektionen?

- Ja, jag arbetar lika mycket som tidigare.
- Jag är deltidssjukskriven. Det var jag inte innan infektionen.
- Jag är heltidssjukskriven. Det var jag inte innan infektionen.
- Jag arbetade inte innan infektionen.

Upplever du att det är svårare att genomföra fritidsaktiviteter än tidigare?

- Inga besvär
- Lindriga besvär
- Måttliga besvär
- Uttalade besvär

Frågor om hur sjukdomen startade och följande 2-4 v

Insjuknande när?.....

Vård på sjukhus

Var?.....

Hur länge?.....

IVA-vårdad? Ja NejRespiratorvårdad? Ja NejHar du testats för covid-19? Ja NejVar testet positivt? Ja NejVilken typ av test? PCR (näspröv)
 Antikroppstest (blodprov)**Frågor om vilka symtom du hade i början av sjukdomen och följande 2-4 v**

Hosta	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Feber	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Snuva	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Nästäppa	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Huvudvärk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Illamående/kräkningar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Diarré	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Påverkad lukt/smak	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Värk i muskler/leder	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hjärtklappning eller liknande	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hudutslag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Andra symtom :.....

.....

Hur vill Du beskriva nivån på Dina symtom under akutfasen och följande 2-4 v?

0 = Ingen, 1 = Lätta, 2= Måttliga, 3 = Ganska allvarliga 4 = Mycket allvarliga

 0 1 2 3 4

Frågor om ditt tillstånd idag som du tror beror på att du har haft Covid-19

1. Aktiviteter i dagligt liv

Upplever du, efter covid-19, att du har **svårare än tidigare** att klara dina vardagliga aktiviteter? Exempelvis duscha, handla, fritid, sociala aktiviteter.

- Inga besvär
- Små besvär
- En del besvär
- Stora besvär

2. Förflyttning

Upplever du, efter Covid-19, att du har **svårare än tidigare** att gå eller förflytta dig utomhus eller utföra fysiska aktiviteter?

- Inga besvär
- Små besvär
- En del besvär
- Stora besvär

3. Smärta och känsel

Upplever du, sedan Covid-19, någon **ny** smärta eller känselproblem? Exempelvis domningar eller pirningar?

- Inga besvär
- Små besvär
- En del besvär
- Stora besvär

4. Tarmproblem

Upplever du, efter Covid-19, **mer problem** med att kontrollera din tarm? Exempelvis förstoppning eller diarré.

- Inga besvär
- Små besvär
- En del besvär
- Stora besvär

5. Sinnesstämning

Känner du, efter Covid-19, **mer oro** eller nedstämdhet?

- Inga besvär
- Små besvär
- En del besvär
- Stora besvär

6. Anpassar du ditt beteende i vardagen på grund av oro eller rädsla så att det **upplevs som problem**?

- Inga besvär
- Små besvär
- En del besvär

Stora besvär

7. Kognition

Upplever du, efter Covid-19, att du har svårare att tänka, koncentrera dig, minnas, eller göra flera saker samtidigt, så att det **påverkar dina vardagliga aktiviteter**?

- Inga besvär
- Små besvär
- En del besvär
- Stora besvär

8. Lukt/smak

Upplever du, efter covid-19, att lukt och smak har **försämrats**?

- Inga besvär
- Små besvär
- En del besvär
- Stora besvär

9. Sväljning

Har du, efter Covid-19, fått **svårigheter med att äta eller dricka**? Exempelvis svårt att tugga, lätt att sätta i halsen, eller att du hostar mer än tidigare när du äter eller dricker?

- Inga besvär
- Små besvär
- En del besvär
- Stora besvär

10. Vikt

Har din vikt **förändrats** under sjukdomsförloppet i Covid-19?

- Nej
- Ja, jag har gått upp i vikt
- Ja, jag har gått ner i vikt

11. Sömn

Har din sömn **förändrats** efter Covid-19?

- Nej, jag sover som tidigare
- Ja, jag har svårt att sova
- Ja, jag drömmer mardrömmar
- Ja, jag sover mer

12. Trötthet/ork

Upplever du mental och/eller fysisk trötthet som **påverkar** din vardag?

- Inga besvär
- Små besvär
- En del besvär
- Stora besvär

13. Har du heshet eller annan kvarstående **påverkan på rösten** efter Covid-19?

- Nej
- Ja
- Besvären kommer och går

14. **Andningsproblem**

Är din andning **påverkad** efter Covid-19?

- Inga besvär
- Små besvär
- En del besvär
- Stora besvär

15. **Hosta**

Har du **kvarstående hosta** efter din covid-19-infektion (i aktivitet/vila/vid måltid)

- Nej
- Ja, men ej besvärande
- Ja, relativt besvärande
- Ja, mycket besvärande

16. **Hjärta**

Har du **problem med bröstsmärta, hjärklappning** eller annan förändring i hjärtats rytm?

- Inga besvär
- Små besvär
- En del besvär
- Stora besvär

17. **Har du feber som går upp och ner?**

- Ja
- Nej

18. Längd:..... Vikt:.....

19. **Har du några andra besvär som inte har tagits upp i formuläret och som du tror kan ha med covid-19 att göra?**.....
.....

20. **Vad vill du främst ha hjälp med?**
.....

21. **Läkemedelslista (både på recept och receptfria)**

.....
.....
.....