

EGENVÅRDSBLANKETT SOM FYLLS I HEMMA

Namn: _____ Personbeteckning: _____

Datum: _____

Hur mår jag? Egen utvärdering över mitt mående.

LEVNADSVAROR OCH VÄLBEFINNANDE

KVALITET OCH MÄNGD PÅ NÄRING	Ja	Nej	Delvis
Jag äter dagligen fiberrik mat (t.ex. fullkornsbröd, gröt, flingor, grönsaker, bär, frukter)			
Jag använder tallriksmodellen då jag sammanställer måltider. (Tallriksmodellen = på tallriken finns ½ grönsaker, ¼ kött/fisk/ kyckling och ¼ potatis/ris/pasta)			
Jag äter enbart sällan livsmedel som innehåller djur- eller dolt fett (t.ex. feta ostar, bakelser, korvar och färdig mat)			
Jag fäster vikt i mängden salt vid matlagning.			

MOTION	Ja	Nej	Delvis
Jag får minst 30 minuter nyttomotion dagligen (t.ex. hemsysslor, arbetsresor)			
Jag idkar hälsomotion 2-3 gånger i veckan (t.ex. stavgång, gymnastik, gym, skidande, simmande, cykling)			

TOBAKSPRODUKTER (CIGARRETT, PIPA, SNUS)	Ja	Nej
Jag röker/använder snus/använder e-cigarett		
Jag röker/snuser, men skulle vilja sluta		
Jag använder inte alkohol alls		
Jag använder alkohol med måtta Kvinnor: högst 1 portion/dag Män: högst 2 portioner/dag, men inte dagligen En portion är: 1 flaska mellanöl eller 12 cl milt vin eller 8 cl starkvin eller 4 cl 40 % spritdrycker		
Jag upplever att jag har problem med alkoholanvändningen		
Andra rusmedel		

UPPFÖLJNING AV SJUKDOMAR

SJUKDOMAR, har du någon gång konstaterats ha	Ja	Nej
Diabetes eller höjt blodsocker (t.ex. diabetes under graviditetstiden)		
Blodtryckssjukdom eller höjt blodtryck		
Hjärtinsufficiens		
Bypassoperation eller ballongutvidgning har utförts i hjärtat		
Stroke eller störning i hjärnblodcirkulationen		
Ateroskleros (klaudikation, artärförträngningar i nedre extremiteterna)		
Höjt blodkolesterol eller annan störning i fettämnesomsättningen		
Njur- eller leversjukdom		
Astma, COPD eller annan långvarig lungsjukdom		
Psykisk sjukdom (t.ex. depression)		
Reumatism, artros eller annan långvarig sjukdom stöd- eller rörelseorganen		
Sömnstörningar, sömnapné		
Någon cancersjukdom		
Annan sjukdom		
Allergier		
Operationer		

	Ja	Nej
Jag upplever att jag har tillräckliga resurser att sköta mina sjukdomar		
Jag upplever att jag är stressad/utmattad		
Jag upplever att jag vid behov får stöd av närstående människor		
Jag funderar över något som berör sexualiteten		

DE AV LÄKARE ORDINERADE LÄKEMEDEL JAG ANVÄNDER

(OBS! Även läkemedel jag ordinerats av andra läkare) tabletter, sprayer, salvor och droppar

LÄKEMEDLETS NAMN	STYRKA	DOSERING

fortsätt vid behov på omstående sida

DE EGENVÅRDS- OCH NATURLÄKEMEDEL JAG ANVÄNDER (skaffade utan recept, t.ex. värkmedicin, vitaminer, allergimedieiner)

REPARATETS NAMN	STYRKA	DOSERING

	Ja	Nej	Delvis
Jag tar regelbundet de receptmediciner som ordinerats mig och vet vilka sjukdomar de påverkar			
Jag följer regelbundet upp mitt blodtryck enligt de instruktioner hälsovårdspersonalen gett mig			
Jag sköter dagligen om mun munhygien och besöker regelbundet tandläkare eller munhygienist för granskningar.			

Är du intresserad av att effektivera din egenvård?	Ja	Nej
I denna stund är min egenvård tillräckligt bra och jag anser inte det finns behov till ändring.		
Ja, jag vill effektivera egenvården och håller som bäst på att göra ändringar i mina levnadsvanor.		
Jag funderar på effektivisering av egenvård och/eller ändring av levnadsvanorna.		
Jag har ändrat mina levnadsvanor, men återgått till de gamla.		
Jag satsar i denna stund på andra saker i livet.		

Jag önskar om ändring: Vad kan jag själv göra? Vad kan läkaren göra?
