

PHASE-20

– skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom

Namn		Personnummer		Datum	Vårdpersonals sign
Diagnoser:					
Hur mycket har patienten kunnat delta i bedömningen? <input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls					
Är patienten <input type="checkbox"/> Uppegående <input type="checkbox"/> Rullstolsburen <input type="checkbox"/> Sängbunden					
Längd:	Vikt:	BT sittande:	Puls:	S-kreatinin:	Beräknat kreatinin-clearance:
Datum:	Datum:	BT stående: Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
<p>Sätt ett tydligt kryss i rutan vid det alternativ som bäst motsvarar besvärnivån under de senaste två veckorna. Lämna gärna förtydligande kommentarer i marginalen vid behov.</p> <p><u>Stryk under</u> de symtom som stämmer bäst och <u>stryk över</u> de symtom som inte stämmer.</p>					
	Inga besvär	Små besvär	Måttliga besvär	Stora besvär	Kommentarer:
1. Yr/ostadig/faller lätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Trött/dåsig/orkeslös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Sover dåligt/mardrömmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Ont i magen/ont i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Orolig/ängestfylld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Lättirriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Glömsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Dålig aptit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Muntorr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Illamående/kräks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Hjärtklappning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Svullna ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Andfådd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Täta trängningar/ urinläckage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Klåda/utslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Annat, till exempel smärta _____					

Namn och födelseår: _____

Tillägg enligt Modell Västerbotten

21. Krossas tabletter? Ja Nej

Kommentar: _____

22. Används receptfria läkemedel som inte ordinerats på läkemedelslistan?

Ja Nej

23. Används naturläkemedel? Ja Nej

Om receptfria läkemedel/naturläkemedel – fyll i preparat och användning:

Preparat	Hur mycket och hur ofta?

24. Om Alzheimers demensdiagnos – uppföljning enligt FAST-skalan: Steg _____ (1-7g)

25. Övriga kommentarer:

Njurfunktionen (kreatinin-clearance) beräknas genom eGFR med formeln enligt Cockcroft and Gault. Beräkningsfunktion finns på <http://www.fass.se/LIF/produktfakta/kreatinin.jsp>

Män: $eGFR = \frac{1.23 \times (140 - \text{ålder}) \times \text{vikt}}{S\text{-kreatinin}}$	Kvinnor: $eGFR = \frac{1.04 \times (140 - \text{ålder}) \times \text{vikt}}{S\text{-kreatinin}}$
--	--

PHASE 20 – Pharmacotherapeutical Symptom Evaluation, 20 frågor syftar till att identifiera symtom som kan ha samband med läkemedelsbehandling. Skalan har framtagits i samarbete mellan Läkemedelskommittén i Landstinget i Uppsala län och FoU Äldre, Regionförbundet Uppsala län. Referens: Hedström M et al (2009), Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies (Vård i Norden); 4:9-14.

Efterfrågad bakgrundsinformation har justerats enligt Modell Västerbotten.

Kontakta gärna Läkemedelscentrum tel 090-785 31 95 eller 0910-716207.