

Mat á hugsanlegum lyfjatengdum einkennum

Aftan á þessu eyðublaði eru leiðbeiningar um hvernig á að fylla það út. Vinsamlega lesið leiðbeiningarnar fyrst.

| Nafn | Kennitala | | | | Dagsetning |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Eyðublað útfyllt: <input type="checkbox"/> Sjálfstætt <input type="checkbox"/> Með aðstandanda <input type="checkbox"/> Með heilbrigðisstarfsmanni <p style="text-align: center;">Nafn:</p> | | | | | |
| Merkið við þann valmöguleika sem <u>best</u> lýsir umfangi einkenna síðustu tvær vikur . Skriðið skýringar í athugasemdadálk þegar við á. <u>Dragið hring</u> utan um orðin sem lýsa best einkennunum og strikið yfir þau sem eiga ekki við. | | | | | |
| | Ekki vanda-mál | Minni háttar vanda-mál | Miðlungs vanda-mál | Alvar-legt vanda-mál | Athugasemdir |
| 1. Svimi/óstöðugleiki/mikil byltuhætta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Þreytt(ur)/slævð(ur)/örmagna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Sefur illa/martraðir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Kviðverkir/brjóstverkir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Höfuðverkur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Depurð | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Áhyggjufull(ur)/kviðin(n) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Auðveldlega pirruð (pirraður) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Minnistrufnanir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Léleg matarlyst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Munnþurrkur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. Ógleði/uppköst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Niðurgangur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14. Hægðatregða | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. Hjartsláttur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. Þjúgur(bólga) á fótum/ökklum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. Mæði | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18. Tíð þvaglát/þvagleki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19. Kláði/útbrot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20. Ofskynjanir og ranghugmyndir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Önnur einkenni sem þú hefur fundið fyrir síðustu tvær vikur (t.d. verkir). Tilgreinið hvaða: <hr/> | | | | | |
| Hversu mikil óþægindi hefur þú haft af þessu síðustu tvær vikurnar ? <input type="checkbox"/> Minniháttar <input type="checkbox"/> Miðlungs <input type="checkbox"/> Alvarleg | | | | | |

Leiðbeiningar um hvernig fylla á matsblaðið út:

Tilgangurinn með þessu mati er að kanna hvort þú finnst fyrir einkennum sem gætu tengst þinni lyfjameðferð. Svörin eru mikilvæg til að fá sem besta heildarmynd af því hvernig þér líður.

Lestu eitt atriði í einu (1-20) og merktu í reitinn sem best lýsir einkennunum sem þú hefur fundið fyrir **síðustu tvær vikurnar**. Í athugasemdadálkinn má skrifa nánar um tiltekin einkenni. Einnig er valmöguleiki um að tiltekin einkenni hafi ekki verið vandamál.

Í sumum atriðum eru tilgreind fleiri en eitt einkenni, t.d. svimi/óstöðugleiki/mikil byltuhætta. Dragðu hring utan um það einkenni sem á best við um þig. Strikaðu yfir þau einkenni sem þú hefur ekki fundið fyrir. Ef þú fyllir eyðublaðið út rafrænt má gera þetta eftir útprintun eða skrifa um þetta í athugasemdadálkinn.

Dæmi:

Ef vandamálið óstöðugleiki er sérstaklega áberandi en svimi er enginn skrifaðu þá: svimi/óstöðugleiki/mikil byltuhætta.

Til aðstandenda sem þurfa að aðstoða við útfyllingu eyðublaðsins.

Aðstandandi þinn ætti sjálfur að meta einkenni sín eins mikið og honum er unnt. Þitt verkefni er aðallega að aðstoða við lesturinn, spyrja um hvert og eitt einkenni og að fylla eyðublaðið út. Athugaðu að verið er að meta einkenni **síðustu tvær vikur**.

Ef það ert þú sem að mestu leyti gerir matið þá þarf það að koma fram á eyðublaðinu. Það getur verið mikilvægt fyrir heilbrigðisstarfsmann að vita þetta.

Tilgangurinn með þessu mati er að finna einkenni hjá eldra fólki sem gætu tengst lyfjameðferð, t.d. aukaverkanir, áhrif milliverkana eða vanmeðhöndlun.