

Namn

Personnummer

Datum

## Anamnes – kort

Kön:  Flicka  Pojke

Vikt: \_\_\_\_\_ Längd: \_\_\_\_\_

Diagnos:

---

---

### Bakgrund

1. Hur mår du? (allmänt om mat, sömn, skola, lek eller annan aktivitet)

---

---

2. Hur fungerar det i skolan med uppmärksamhet, koncentration och med kamrater?

---

---

3. Har du varit sjuk tidigare, äter du några mediciner?  Nej  Ja, vad?

---

---

4. Har du tidigare behandlats för mag- och tarmproblem?  Nej  Ja, vad?

---

---



5. Är du överkänslig mot någon mat eller medicin?  Nej  Ja, vad?

---

---

6. Fråga till förälder: När bajsade barnet första gången efter födseln?

Inom 48 timmar  Efter 48 timmar

7. Fråga till förälder: Har barnet bajsat normalt tidigare?

Ja  Nej, vid vilken ålder började problemen? \_\_\_\_\_

8. Fråga till förälder: Hur växer barnet/ungdomen?

Normalt  Avplanande sedan \_\_\_\_\_

9. Äter eller har du ätit någon medicin?  Nej  Ja, vilken? \_\_\_\_\_

## Lagring

10. Känner du dig bajsnödig när du behöver gå på toaletten?  Nej  Ja

11. Håller du dig när du är bajsnödig?  Nej  Ja  Ibland

12. Hur ofta kommer det bajs i byxorna eller i blöjan?

Aldrig  Var och varannan dag  Mer sällan än 2 gånger i veckan

Någon gång i månaden

13. Händer det att du kräks?

Nej  Ja, varje dag  Ja, någon gång i veckan  Mer sällan



## Tömning

14. Hur ofta bajsar du?

Mer än en gång per dag  En gång per dag

2–3 gånger per vecka  En gång per vecka

15. Var bajsar du?

Blöja  Toalett/potta  Trosor/kalsongerna

16. Hur sitter du på toaletten? *Be barnet visa på en vanlig stol hur det sitter och hur långt det drar ner byxorna.*

17. Hur ser ditt bajs ut? [Länk till Bristolskalan.](#)

18. Gör det ont när du ska bajsar?

Nej  Ja, var och när? \_\_\_\_\_

Före, under eller när du bajsar?

19. Brukar det komma blod när du bajsar?

Nej  Enstaka gång  Flera gånger i veckan  Varje dag

20. Har du något sår eller rodnad i stjärten?  Nej  Ja

