

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

