

Anamnes tarm kort

Namn

Personnummer

Datum

1. Vad upplever du är det största problemet med tarmfunktionen?

2. Hur påverkar problemet dig i ditt dagliga liv?

Inga besvär alls Något besvärad Mycket besvärad

Outhärdligt Något besvärad

3. När började problemet?

4. När började problemet?

5. Hur ofta tömmer du tarmen?



6. Har du svårt att tömma tarmen?

Ja Nej Om ja hur ofta? _____

7. Avföringens konsistens enligt Bristolskalan?

1 2 3 4 5 6 7

8. Har du avföringsläckage?

Ja Nej Om ja hur ofta? _____

9. Har du ofrivillig gasavgång?

Ja Nej Om ja hur ofta? _____

10. Använder du inkontinensskydd? Ja Nej Annat

11. Måltidsordning

12. Dryckesmönster

