



Fot/Hand – Screeningformulär

Sida 1 av (2)

| | | | |
|---------------------|--|------------------------------|--|
| Namn | | Datum | |
| Personnummer | | Undersökning gjord av | |
| Längd | | | |
| Vikt | | | |

Dominant fot? höger vänster båda
Dominant hand? höger vänster båda

Nikotinexponering? ingen röker snusar kombinerat f.d. rökare/snusare

Har du haft diskbråck? Ja Nej Om Ja, vilken/vilka sidor? _____

Har du problem med överkänslighet i huden i foten? Ja Nej Om Ja, vardå _____

Kontrolleras du regelbundet hos läkare för någon sjukdom? Ja Nej

Om JA, vilka sjukdomar? _____ (kommentarfält)

Tar du mediciner regelbundet? Ja Nej

Om JA, vilka mediciner? _____ (kommentarfält)

BESVÄR I FOTEN - NEUROLOGI

Har du något av följande besvär? *Ge svar för både höger och vänster fot*

| | VÄNSTER FOT | | | | HÖGER FOT | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Inga | Obetydligt | Måttligt | Omfattande | Inga | Obetydligt | Måttligt | Omfattande |
| Stickningar i Foten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Domningar i Foten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nedsatt känsel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om du upplever Stickningar/Domningar/Nedsatt känsel:

När märkte du det första gången? _____ (år) Var på foten? _____

När upplever du stickningar/domningar/nedsatt känsel?

Efter exponering för kyla På natten Dagligen Vid annat tillfälle När? _____

BESVÄR I FOTEN- BLODCIRKULATION

Har du något av följande besvär? *Ge svar för både höger och vänster fot*

| | VÄNSTER FOT | | | | HÖGER FOT | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Inga | Obetydligt | Måttligt | Omfattande | Inga | Obetydligt | Måttligt | Omfattande |
| Köldkänsliga fötter el. tår? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vita tår vintertid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vita tår sommartid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om du upplever problem med köldkänsliga fötter eller vita tår:

När märkte du det första gången? _____ (år) Var på foten? _____

När upplever problem med köldkänsliga fötter eller vita tår?

Efter exponering för kyla På natten Dagligen Vid annat tillfälle När? _____

(Fortsättning på nästa sida.)



BESVÄR I HAND ELLER FINGRAR- NEUROLOGI

Har du något av följande besvär? *Ge svar för både höger och vänster hand*

| | VÄNSTER HAND | | | | HÖGER HAND | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Inga | Obetydligt | Måttligt | Omfattande | Inga | Obetydligt | Måttligt | Omfattande |
| Stickningar i fingrar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Domningar i handen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nedsatt känsel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lätt att tappa föremål? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Svårt att knäppa knappar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om du upplever Stickningar/Domningar/Nedsatt känsel:

När märkte du det första gången? _____ (år)

Vilka fingrar? _____

När upplever du stickningar/domningar/nedsatt känsel?

Efter exponering för kyla På natten Dagligen Vid annat tillfälle När? _____

BESVÄR I HAND ELLER FINGRAR - BLODCIRKULATION

Har du något av följande besvär? *Ge svar för både höger och vänster hand*

| | VÄNSTER HAND | | | | HÖGER HAND | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Inga | Obetydligt | Måttligt | Omfattande | Inga | Obetydligt | Måttligt | Omfattande |
| Köldkänsliga händer eller fingrar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vita fingrar vintertid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vita fingrar sommartid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om du får vita fingrar:

När märkte du det första gången? _____ (år)

Vilka fingrar? _____

Vad utlöser vita fingrar? Efter exponering för kyla
Arbete med vibrerande verktyg

Hantering av kalla föremål
Vid annat tillfälle När? _____

BESVÄR I HAND ELLER ARM- MUSKEL/SKELETT

Har du något av följande besvär? *Ge svar för både höger och vänster hand*

| | VÄNSTER HAND/ARM | | | | | HÖGER HAND/ARM | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Nej | Dag-tid | Natte-tid | Dag & Nat | Hela tiden | Nej | Dag-tid | Natte-tid | Dag & Nat | Hela tiden |
| Värk i hand/arm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nedsatt kraft i handen? | <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | | | |

Kommentar