



Branch of Sweden

Lumbalstatus

2007

Datum:

Namn:

Personnr: Kön: M/K

Adress:

Telefon:

Remittent: *Läkare / själv / annan*

Arbete: Mekanisk belastning:

.....

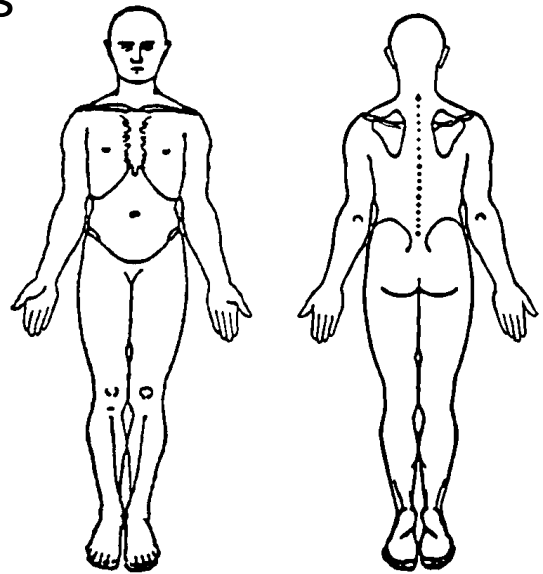
Fritid: Mekanisk belastning:

Funktionsnedsättning denna episod:

.....

Functional Disability Score =

VAS (0-10) =



SYMPTOM

ANAMNES

Aktuella symtom:

Haft symtom sedan *Under förbättring / Oförändrat / Under försämring*

Utlösande faktor: *Ingen uppenbar utlösande faktor*

Symtom vid debut: *rygg / lår / underben*

Konstanta symtom: *rygg / lår / underben* Intermittenta symtom: *rygg / lår / underben*

Sämre av: *böja sitta / uppresning stå gå ligga*
morgon / under dagen / kväll i stillhet / i rörelse

Övrigt:

Bättre av: *böja sitta stå gå ligga*
morgon / under dagen / kväll i stillhet / i rörelse

Övrigt:

Störd sömn: *Ja / Nej* Sovställning: *mage / rygg / sida hö vä* Säng: *fast / mjuk / hängande / vattensäng*

Antal besvärperioder: 0 1-5 6-10 11 + Ryggbesvär första gången:

Tidigare besvär:

.....

Tidigare behandling:

.....

SPECIFIKA FRÅGOR

Symtomprov. av *hosta / nysa / krysta* i *rygg / ben* Blåsfunktion: *normal / förändrad* Gång: *normal / förändrad*

Mediciner: *nej / NSAID / analg / cortison / anticoag / annan*

Allmän hälsa: *god / måttlig / dålig*

Röntgen: *Ja / Nej*

Större / nyligen op: *Ja / Nej* Natlig smärta: *Ja / Nej*

Olycksfall: *Ja / Nej* Oförklarad viktminskning: *Ja / Nej*

Övrigt:

.....