Thorakalstatus

2007

Branch of Sweden

Datum: ……

Namn: …….. Kön: M/K

Personnr: ……

Adress: ……

Telefon: ……

Remittent: *Läkare / själv / annan*……

Arbete: Mekanisk belastning……..……..

……

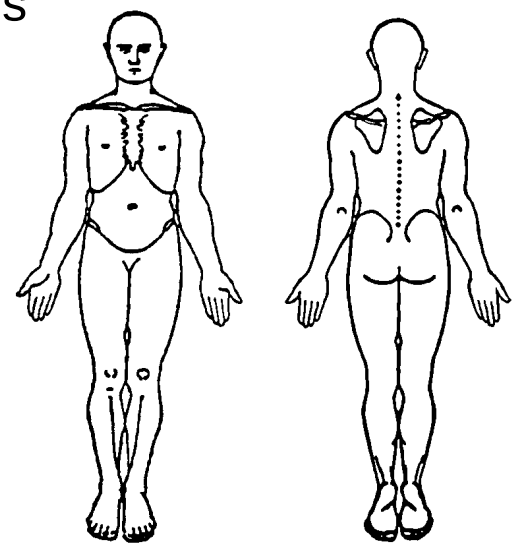
Fritid: Mekanisk belastning……..……...

Funktionsnedsättning denna episod: ……...

……

Functional Disability Score = ……

VAS (0-10) = ……..……



SYMTOM

ANAMNES

Aktuella symtom: ……

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

Utlösande faktor: ……..……..……*Ingen uppenbar utlösande faktor*

Symtom vid debut:……..……

Konstanta symtom: ……..…… Intermittenta symtom: ……..……..

Sämre av: *böja* *sitta / resa sig* *vrida* *nacke / bål* *stå* *ligga*

morgon / under dagen / kväll *i stillhet / i rörelse*

Övrigt: ……..……

Bättre av: *Böja* *sitta / resa sig* *vrida* *nacke / bål* *stå* *ligga*

morgon / under dagen / kväll *i stillhet / i rörelse*

Övrigt: ……..……

Störd sömn: *Ja / Nej*

Kudde:……

Sovställning: *mage / rygg / sida hö vä*

Säng: fast / mjuk / hängande

Antal besvärsperioder: 0 1-5 6-10 11 +

Första besvärsperioden år : ……

Tidigare besvär: ……..……

……

Tidigare behandling: ……..……

……

SPECIFIKA FRÅGOR

Symtomprov. av *hosta / nysa / djupandas*

Gång: *normal / förändrad* ……..……..

Mediciner: *nej / NSAID / analg / kortison / antikoag / annan* ……..……..……

Allmän hälsa: *god / måttlig / dålig* ……..……

Röntgen: *Ja / Nej* ……..……

Större / nyligen op: *Ja / Nej* ……..……Nattlig smärta: *Ja / Nej*……..……..

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

Övrigt: ……..……..

……..……