

PHASE-20: skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom

Bakgrundsdata

Namn patient		Personnummer	
Boende		Kontaktuppgift sjuksköterska (namn, telefonnummer)	

Uppgifter kring efterfrågade lab- och mätvärden noteras av ansvarig sjuksköterska.

Under de tre senaste månaderna	Ja	Nej	Om ja, beskriv hur ofta det hänt samt trolig orsak
Konfusionsperiod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fallolycka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Datum	Njurfunktionsvärde	Mätvärde	Datum
Längd		<input type="checkbox"/> eGFR-medel		
Vikt		<input type="checkbox"/> P-Kreatinin		

Datum:	Före uppresning	1 min efter uppresning	3 min efter uppresning	5 min efter uppresning
BT <input type="checkbox"/> Liggande / <input type="checkbox"/> Sittande				
BT Stående				
Puls				
Patienten är <input type="checkbox"/> Uppegående <input type="checkbox"/> Rullstolsburen <input type="checkbox"/> Sängbunden				

Hur mycket har patienten kunnat delta i bedömningen? Helt Delvis Inte alls

Övriga kommentarer från patient eller sjuksköterska (exempelvis: svårigheter att svälja tabletter hela, osäker inhalationsteknik, övriga hälsotillstånd och händelser av betydelse).

Eventuella kommentarer vid läkemedelsgenomgången (fylls i av person som identifierar läkemedelsrelaterade problem).

PHASE-20: skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom

Datum	Kontaktuppgift vårdpersonal (namn, telefonnummer)	Namn patient
-------	---	--------------

Sätt ett kryss i det alternativ som bäst motsvarar besvärnivån under **de senaste två veckorna**.

Eventuella förtydligande lämnas i *kommentarer*, alternativt under *övriga kommentarer*.

Stryk under de symtom som stämmer bäst och ~~stryk över~~ de symtom som inte stämmer.

Symtom	Besvärnivå (besvär)				Kommentarer, exempelvis vet ej:
	Inga	Små	Måttliga	Stora	
1. Yr/ostadig/faller lätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Trött/dåsig/orkeslös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Sover dåligt/mardrömmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Ont i magen/ont i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Orolig/ångestfylld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Lättirriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Glömsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Dålig aptit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Muntorr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Illamående/kräks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Hjärtklappning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Svullna ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Andfådd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Täta urinträngningar/ urinläckage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Klåda/utslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Annat (till exempel smärta)					

PHASE-20 (PHARmacotherapeutical Symptom Evaluation, 20 frågor) är framtagen i samarbete mellan Läkeemedelskommittén i Landstinget i Uppsala län och FoU Äldre, Regionförbundet Uppsala län. (Hedström M, Lidström B, Hulter Åsberg K. (2009). PHASE-20: ett nytt instrument för skattning av möjliga läkemedelsrelaterade symtom hos äldre personer i äldreboende. *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies (Vård i Norden)*; 4:9-14). Efterfrågad bakgrundsinformation har justerats för Region Skånes räkning.