

MS attakkvurdering

Pasientopplysninger

Etternavn	Fornavn	Fødselsnr.
-----------	---------	------------

Videre oppfølging og informasjon til fastlege:

Hvilke symptomer er nye (N) eller blitt forverret (F) i det siste?

	N	F		N	F		N	F
Gangvansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dobbeltsyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatigue/utmattethet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svakhet i arm/hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tåkesyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kognitive vansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svakhet i fot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svimmelhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endring i svelg/tale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spasmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Balanseproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blæreproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordinering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nummenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tarmproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utfyllende opplysninger

Når kom disse symptomene/forverringene?

<input type="checkbox"/> I løpet av de siste 3 dagene	<input type="checkbox"/> 4-7 dager siden	<input type="checkbox"/> 8-15 dager	<input type="checkbox"/> > 16 dager	<input type="checkbox"/> Plutselig
Har du tegn til infeksjon?	Har du vært hos fastlege?			

Hvor mye påvirker symptomene dine daglige aktiviteter og din funksjon?

Når hadde du forrige angrep?

<input type="checkbox"/> 1-2 mnd	<input type="checkbox"/> 3-6 mnd	<input type="checkbox"/> 7-12 mnd	<input type="checkbox"/> 1-2 år	<input type="checkbox"/> Mer enn 3 år
----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

Hvilken behandling fikk du ved forrige angrep?

<input type="checkbox"/> Intravenøs Solu-Medrol	<input type="checkbox"/> Medrol/Dexamethason tabletter	<input type="checkbox"/> Nedtrapping	<input type="checkbox"/> Ingen behandling
-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------------

Har du fremdeles symptomer / plager etter ditt forrige angrep?

<input type="checkbox"/> Ikke	<input type="checkbox"/> Litt	<input type="checkbox"/> Noe	<input type="checkbox"/> Mye	<input type="checkbox"/> Alvorlig
-------------------------------	-------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Hadde du bivirkninger fra behandlingen av angrepet?

<input type="checkbox"/> Dersom Ja, hvilke?

Hva ønsker pasienten?

<input type="checkbox"/> Intravenøs Solu-Medrol	<input type="checkbox"/> Medrol/Dexamethason tabletter	<input type="checkbox"/> Dagbehandling	<input type="checkbox"/> Ingen behandling
-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	----------------------------------------	-------------------------------------------

Vurdert av:

Skjema er hentet fra: Assessing relapse in multiple sclerosis questionnaire: results of a pilot study. A. Ross et al Mult Scler Int. 2013, og bearbejdet ved Nasjonal Kompetansetjeneste for Multipel Sklerose 2014.