

METALLUTREDNING 1

19 - -

Amalgamenheten
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
018-663890

Namnbricka

Var god texta med kulspetspenna. Om du undrar över något kontakta Amalgamenheten.

1. Har du fått någon av följande vaccinationer:

a) Anti-D i samband med förlossning? (Kvinna): Ja Nej Vet ej

Om ja, hur många gånger och när har du fått Anti-D? _____

Fick du någon biverkning? _____

b) Stelkrampsvaccination? Ja Nej Vet ej

Om ja, vilket år? _____

Fick du någon biverkning? _____

c) Difteri? Ja Nej Vet ej

Om ja, vilket år? _____

Fick du någon biverkning? _____

d) Influensa? Ja Nej Vet ej

Om ja, vilket år? _____

Fick du någon biverkning? _____

e) TBE (fästing)? Ja Nej Vet ej

Om ja, vilket år? _____

Fick du någon biverkning? _____

f) Gammaglobulin? Ja Nej Vet ej

Om ja, vilket år? _____

Fick du någon biverkning? _____

2. Äter du fisk? Ja Nej

Ingår insjöfisk? Ja Nej

Beskriv eventuella besvär av fisk: _____

3. Röker du? Nej, har aldrig rökt.
 Nej, slutade för ___ år sedan.
 Ja

Beskriv eventuella besvär av tobaksrök: _____

4. Snusar du? Nej, har aldrig snusat.
 Nej, slutade för ___ år sedan.
 Ja

Beskriv eventuella besvär av snusning: _____

5. Nuvarande arbete? _____

6. Tidigare arbeten? _____

7. Fritidssysselsättningar? _____

8. Tål du smycken av guld? Ja Nej
Tål du smycken av silver? Ja Nej
Tål du smycken av oäkta metall? Ja Nej
Tål du klockarmband? Ja Nej
Tål du knappar, spännen och dyligt? Ja Nej
Tål du örhängen (för håll)? Ja Nej

Beskriv eventuella besvär av ovanstående: _____

9. Har du eller har haft kopparspiral? (Kvinna) Ja Nej

Om ja, under vilken tid? _____
Beskriv eventuella besvär: _____

10. Har du någon protes eller spik inopererad? Ja Nej

Beskriv eventuella besvär: _____

11. Har du amalgamfyllningar nu? Ja Nej Vet ej

Hur många? _____

Har du tagit bort amalgamfyllningar? Ja Nej

Hur många? _____

Under vilken tid har du tagit bort amalgam? _____

12. Har du guldfyllningar nu? Ja Nej

Hur många? _____

Har du tagit bort guldfyllningar? Ja Nej

Hur många? _____

13. Har du några bryggor? Ja Nej

Om ja, av vilket material? _____

14. Har du någon rotfyllning? Ja Nej Vet ej

Hur många? _____

15. Har du något stift? Ja Nej Vet ej

Hur många? _____

16. Har du dragit bort någon tand? Ja Nej

Hur många? _____

17. Har du några MK-kronor ?
(Metallbundet Porslän) Ja Nej Vet ej

Hur många? _____

18. Har du haft/har tandställning? Ja Nej

19. Har du haft/har bettskena? Ja Nej

20. Har du tandproteser? Ja Nej

21. Har du ofta blåsor i munnen? Ja Nej

22. Har du metallsmak i munnen? Ja Nej

23. Har du några besvär som kopplas till vissa material? Ja Nej

24. Tål du följande kosmetika?

- mascara Ja Nej
- hudkräm Ja Nej
- _____ Ja Nej
- _____ Ja Nej

25. Använder du linser?

 Ja Nej

Har du använt linser tidigare?

 Ja NejEventuella biverkningar? _____

26. Använder du någon medicin?

 Ja NejOm ja vilken/vilka använder du för närvarande? _____
_____Beskriv eventuella biverkningar du fått av någon medicin: _____

27. Äter du några antioxidanter (vitamin/mineral prep)?

 Ja NejOm ja vilken/vilka använder du för närvarande? _____
_____Eventuella biverkningar du fått av något vitamin/mineral- preparat? _____

8. Har du genomgått allergiutredning?

 Blodprov
 Hudtest
 Nej
Vilket år? _____ Var? _____
Visade den något? _____

29. Har du något av följande besvär?

- a • Huvudvärk Ja Nej
- b • Migrän Ja Nej
- c • Muskelvärk Ja Nej
- d • Ledvärk Ja Nej
- e • Ledsvullnad Ja Nej
- f • Hudklåda Ja Nej
- g • Eksem/Utslag Ja Nej
- h • Diarré Ja Nej
- i • Förstoppning Ja Nej
- j • Magkatarr Ja Nej

Personnummer				Yrke
Ar	Mån	Day	Nummer	
Namn				
Bostadsadress			Postnummer / Postadress	
Telefonnummer bostaden			Telefonnummer arbetet	

Datum: _____

I**Frågor beträffande tidigare och nuvarande hälsotillstånd****OBSERVERA**

- tag god tid på Dig
- Dina svar är belagda med absolut tystnadsplikt
- svaren på frågorna är en hjälp för Din läkare
- stryk inte eller lägg till i den tryckta texten utan skriv under "övnigt"
- tänk nu och inte efter hälsoundersökningen

VÄLKOMMEN!**OBS! Överkänslighet mot läkemedel**

Har Du varit eller är Du överkänslig mot läkemedel; d v s i samband med mediciner fått utslag, klåda, feber, svullet ansikte, svulna händer, astma. Om Du kan, ange vilket/vilka läkemedel Du är överkänslig mot:



Vg vänd

Har Du haft något av följande?

Om ja, har detta lett till:

	Nej	Besök hos läkare?	Sjukhusvistelse?	Operation?
Kroppsskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerv- eller muskelsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervösa besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psykiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ogonsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öronsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukdom i näsa och svalg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Struma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörsnava, nässelfeber, eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpropp i hjärtat (infarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärlkramp i hjärtat (angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mag-tarmsjukdom (utom magsår)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magsår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gall- och leversjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gulsot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinvägsinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Könsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diskbräck (ryggskott, lachias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvinnor:				
Svulst (knuta, cysta) på livmoder eller äggstockar (ej cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svulst (knuta, cysta) i bröstet (ej cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Män:				
Prostatasjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övrigt _____

II

Frågor beträffande tidigare och nuvarande hälsotillstånd

OBSERVERA

- tag god tid på Dig
- Dina svar är belagda med absolut tystnadsplikt
- svaren på frågorna är en hjälp för Din läkare
- stryk inte eller lägg till i den tryckta texten utan skriv under "övrigt"
- tänk nu och inte efter hälsoundersökningen

VÄLKOMMEN!

OBS! Överkänslighet mot läkemedel

Har Du varit eller är Du överkänslig mot läkemedel; dvs i samband med mediciner fått utslag, klåda, feber, svullet ansikte, svullna händer, astma. Om Du kan, ange vilket/vilka läkemedel Du är överkänslig mot:



NÄRVARANDE HÄLSOTILLSTAND. Härmed menas endast sådana sjukdomar för vilka Du för närvarande behandlas.

Sid 4.

	Nej	Ja	
Har Du diabetes (sockersjuka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
reumatisk ledåkomma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
angina pectoris (kärkramp i hjärtat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
mag-tarmsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
gall- eller leversjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
allergiska sjukdomar t.ex. hösnuva, nässelfeber, eksem, astma ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
diskbräck (ryggskott, ischias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
ökad blödningsbenägenhet (t.ex. blött mycket i samband med tandutdragning, operation, förlösning eller har Du säkerställd blödersjuka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13

Om Du behandlas för någon annan sjukdom, ange då det här

19

Går Du regelbundet hos någon läkare, ange vem

AKTUELLA MEDICINER

	Nej	Ja	
Har Du blodtryckssänkande medicin, ange vilken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
vatten- eller urindrivande medicin, ange vilken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
digitalismedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
avföringsmedel (laxermedel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
smärtstillande medel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
avmagringsmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
nervlugnande medel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
cortison (tabletter eller sprutor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
regelbundet preventivtabletter (s.k. p-piller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
Om Du regelbundet eller ofta använder mediciner, ange vilka ..			

39

OBS. Tag med ev. recept eller mediciner till provtagningsdagen.

NUVARANDE BESVÄR

Huvudvärk

	Nej	Ja	
Har Du huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
Brukar huvudvärken sitta i pannan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41
Brukar huvudvärken sitta på båda sidor om huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42
Är huvudvärken mycket svår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
Brukar Du se fläckar eller flimrande ljus innan huvudvärken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
Brukar huvudvärken vara förenad med kvälningar eller kräk. ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45
Äter Du dagligen huvudvärkstabletter eller nästan dagligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
Har Du fått en hård stöt eller slag mot huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47
Har Du i så fall kvarstående besvär därav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48

Om Du har andra huvud- eller smärtebesvär, ange då det här

49

Sygrubbning

	Nej	Ja	
Har synförmågan på ena ögat hastigt försämrats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
Har Du fått byta glasögon flera gånger den senaste tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51
Har Du någon gång sett ett föremål som två	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52
Ser Du ofta suddigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53
Bli Du yr eller svartnar det för ögonen då Du reser Dig upp ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54
Hänger ena eller bägge ögonlocken ned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55
Har Du värk i ena ögat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56

Om Du har andra ögonbesvär, ange då det här

59

Hörselrubbning

	Nej	Ja	
Har Du nedsatt hörsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96
Har Du värk i öronen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97

Om Du har andra öronbesvär, ange då det här

98

Munhåla och svalg

	Nej	Ja	
Har Du heshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har Du besvärlig sveda på tungan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60
Har Du sedan Du ätit en stund, svårt att tugga eller svälja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61
Har Du svårt att svälja maten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62
Har Du haft halsbränna senaste tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63
Har Du svullet tandkött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64
Är Du mycket torr i munnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65
Är spottkörtlarna svullna sedan några dagar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66
Har Du smärta i käkleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67

Om Du har några andra mun- eller svalgbesvär, ange då detta här

69

Bröstat och bröstkorgen Får Du obehag eller smärta i bröstet

	Nej	Ja	
vid ansträngning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70
om Du är upphetsad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71
vid kyla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72
I motlut eller trappor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73
i vila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74
av rökning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79
När Du har obehag eller smärta i bröstet			
försvinner detta om Du anstränger Dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75
försvinner detta om Du vilar Dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76
förvärras detta om Du andas djupt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77
förvärras detta om Du vilar Dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78
När Du har obehag eller smärta i bröstet			
strålar detta ut i vänster arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80
strålar detta upp i halsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81
strålar detta ut i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82
strålar detta ut i fingrarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83
Har Du märkt om Du blir mer andfådd än förr, då Du går i trappor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84
Får Du anfall av hjärtklappning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91
Börjar och slutar hjärtklappningen mycket plötsligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87
Hostar Du upp rödfärgat slem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Piper och sorlar det i bröstet när Du andas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89

Om Du har andra besvär från bröstet, ange då det här

99

Armar och ben

	Nej	Ja	
Har Du blivit svag eller fumlig i ena eller båda händerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100
Har Du ofta slickningar eller domningar i tårna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	101
Har Du värk i armarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	103
Har Du värk i benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104
Får Du smärtor i benen vid promenader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	105
Får Du en krampliknande smärta i ena eller båda vaderna, när Du gått en kortare sträcka, så att Du måste stanna och vila ett tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106
Har Du blivit svag i armarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108
Svullnar underbenen, vristerna eller fötterna på kvällarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	109
Har Du lättare än förr att få kalla fötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110

Om Du har andra arm- eller benbesvär, ange då det här

119

Nacken, ryggen

	Nej	Ja	
Har Du värk i nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	111
Har Du värk i övre delen av ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112
Har Du värk i mellersta delen av ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113
Har Du värk i nedre delen av ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114

Om Du har andra nack- eller ryggbesvär, ange då detta här

118

Magsymtom

	Nej	Ja	
Har Du haft värk eller smärta runt båda sidorna av buken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120
Har Du värk i maggropen mest höst och vår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	121
Har Du värk i maggropen, mest på fastande mage och lindras värken om Du äter lite gränd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	122
Har Du ständig värk i maggropen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	123
Kommer värken i maggropen efter måltiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	124
Har Du haft svåra smärtor (anfall) i högra övre delen av buken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	127
Har smärtorna i buken strålat ut i ryggen upp mot höger skulderblad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	128
Har Du på senaste tiden vid flera tillfällen haft smärtor i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	138
Har avföringen ändrats från det som förr var vanligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131
Har en förut normal avföring blivit lös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132
Har avföringen ljusnat och blivit gråvit som lera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	134
Är avföringen lös, liksom jäsande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	135
Kommer avföringen av sig själv utan att Du kan hålla igen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	136

Om Du har andra mag-tarmbesvär, ange då det här

139

Urin- och
könsorgan

	Nej	Ja	
Är urinen ibland rödfärgad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	140
Har Du ofta blåskatarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	141
Måste Du urinera ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	147
Måste Du gå upp flera gånger under natten och kasta vatten ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	143
Är det svårt att komma igång med urinkastningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	145
Är urinstrålen tunn och svag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	146

Om Du har andra besvär från urin- eller könsorganen, ange då det här

149

Följande frågor be-
svaras endast av
kvinnlige patienter

	Nej	Ja	
Har Du illaluktande flytning från slidan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	150
Har Du rödfärgad flytning från slidan mellan mens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	151
Har Du blödningar från slidan vid eller omedelbart efter samlag ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	152
Buktar det fram i underlivet vid ansträngning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	153
Hade Du krampanfall i samband med förlösning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	159

