

Ditt namn:

Personnummer:

Dagens datum:

Utskrivningsdatum:

Vid kvarstående hälsobesvär fyll gärna i enkäten "Uppföljning efter covid-19" och kontakta din vårdcentral. Ta med enkäten till ditt besök på vårdcentralen.

1. ANDNINGSFUNKTION

Blir du lättare andfådd nu än före infektionen?

Ja

Nej *Gå vidare till fråga 2*

Blir du lättare andfådd i någon av följande situationer?

- Vid tyngre fysiskt arbete, så som träning eller rask promenad i uppförsbacke.
- Vid lättare fysiskt arbete, så som gång i trappa eller promenad i lätt uppförsbacke.
- Vid förflyttning inomhus eller till exempel vid påklädning.
- Jag är andfådd även i vila.
- Annan aktivitet:

Tycker du att besvären fortfarande förbättras?

Ja

Nej

Beskriv gärna hur besvären påverkar dig:

.....

.....

.....

2. RÖRELSEFÖRMÅGA

Upplever du försämrad muskelstyrka, koordination eller balans jämfört med före infektionen?

Ja

Nej *Gå vidare till fråga 3*

Upplever du något av följande?

- Svårigheter att lyfta saker från golvet eller från en hylla.
- Svårigheter att gå i trappa.
- Svårigheter att resa dig från sittande.
- Känner dig muskelsvag i en specifik kroppsdel (t ex en hand eller en fot).
- Svårigheter med finmotoriken (t ex att skriva).
- Annan aktivitet:

Tycker du att besvären fortfarande förbättras? Ja Nej

Beskriv gärna hur besvären påverkar dig:

.....

.....

.....

3. SJÄLVSTÄNDIGHET I VARDAGEN

Upplever du nytillkomna svårigheter att klara dig själv efter infektionen? Ja Nej *Gå vidare till fråga 4*

Upplever du något av följande?

- Svårt att gå på toaletten själv. Svårt att laga mat.
- Svårt att klä dig, tvätta dig eller duscha själv. Svårt att sköta ekonomin.
- Annan aktivitet:

Tycker du att besvären fortfarande förbättras? Ja Nej

Har du behov av mer hjälp än du får i nuläget? Ja Nej

Beskriv gärna hur besvären påverkar dig:

.....

.....

.....

4. LUKT OCH SMAK

Har du kvarstående besvär med försämrat lukt- eller smaksinne efter infektionen?

Inga besvär

Lindriga besvär

Måttliga besvär

Uttalade besvär

Om inga besvär, gå vidare till fråga 5.

Tycker du att besvären fortfarande förbättras?

Ja

Nej

5. NUTRITION

Har du svårt att få i dig mat eller dryck efter infektionen?

Inga besvär

Lindriga besvär

Måttliga besvär

Uttalade besvär

Om inga besvär, gå vidare till fråga 6.

Tycker du att besvären fortfarande förbättras?

Ja

Nej

Beskriv gärna hur besvären påverkar dig:

.....
.....
.....

Tror du att du har gått ner i vikt i samband med infektionen?

Ja

Nej

Ungefär hur mycket vägde du innan infektionen?.....

Ungefär vad vägde du som minst?.....

Ungefär vad väger du nu?.....

6. SINNESSTÄMNING

Upplever du att du mår sämre psykiskt efter infektionen?

Det kan till exempel vara mer oro eller nedstämdhet. Det kan även röra sig om återkommande tankar på obehagliga upplevelser från din vårdtid.

Inga besvär

Lindriga besvär

Måttliga besvär

Uttalade besvär

Om inga besvär, gå vidare till fråga 7.

Tycker du att besvären fortfarande förbättras?

Ja

Nej

Beskriv gärna hur besvären påverkar dig:

.....

.....

.....

7. MINNE OCH TÄNKANDE

Upplever du att du efter infektionen har svårare med tankearbete, uppmärksamhet eller minne?

Inga besvär

Lindriga besvär

Måttliga besvär

Uttalade besvär

Om inga besvär, gå vidare till fråga 8.

Tycker du att besvären fortfarande förbättras?

Ja

Nej

Beskriv gärna hur besvären påverkar dig:

.....

.....

.....

8. TRÖTTHET

Upplever du ökad mental trötthet eller uttröttbarhet efter infektionen?

Till exempel svårigheter med koncentrationen eller förmågan att få saker uträttade, behov av att dra ner på sysslor eller aktiviteter du tidigare ägnat dig åt eller svårighet att orka med bullriga miljöer med mycket intryck. Sömnmönstret kan vara förändrat.

Inga besvär

Lindriga besvär

Måttliga besvär

Uttalade besvär

Om inga besvär, gå vidare till fråga 9.

Tycker du att besvären fortfarande förbättras?

Ja

Nej

Beskriv gärna hur besvären påverkar dig:

.....

.....

.....

9. ARBETE OCH FRITID

Har du kunnat gå tillbaka till jobbet efter infektionen?

- Ja, jag arbetar lika mycket som tidigare.
- Jag är deltidssjukskriven, vilket jag inte var innan infektionen.
- Jag är heltidssjukskriven.
- Jag arbetade inte innan infektionen.

Upplever du att det är svårare att genomföra fritidsaktiviteter än tidigare?

Inga besvär

Lindriga besvär

Måttliga besvär

Uttalade besvär

Om inga besvär, gå vidare till fråga 10.

Tycker du att besvären fortfarande förbättras?

Ja

Nej

Beskriv gärna hur besvären påverkar dig:

.....

.....

.....

10. ANDRA SVÅRIGHETER

Har du några andra nytillkomna besvär efter infektionen?

Exempelvis smärta, ögonbesvär eller röstbesvär.

.....

.....

.....

.....