

## Frågeformulär till patient och vårdnadshavare inför besök på sjuksköterskemottagning som handlar om förstoppning.

Vilka bor hemma hos dig/er?

.....

Har du/ditt barn några andra sjukdomar? .....

Tar du/ditt barn några mediciner? .....

Deltar du/ditt barn på någon fysisk aktivitet, t.ex. dans, fotboll?

Om ja vilka ..... Antal dagar /vecka.....

Förstoppning, aktuella symtom.....

Hur ofta bajsar ditt barn t.ex. 2 gånger/vecka.....

Avföringskonstistens Hård/fast/torr  Mjuk formad  Lös/vattning

Problem med gaser? Ja  Nej

Hur ofta har du/ditt barn ont i magen? Varje dag  Några dagar i veckan  Mer sällan

Kissar du/ditt barn på sig? JA  Nej

Läcker du/ditt barn avföring? JA  Nej

Hur skulle du bedöma att din/ditt barns aptit är? Bra/normal/ej påverkad  Nedsatt

Äter du/ditt barn någon specialkost? Tex vegetarisk, mjölkfri . Om ja vilken .....

Vad dricker du/ditt barn helst? Tex vatten, errjuice, mjölk, modersmjölksersättning, välling.

.....

Ungefär hur mycket dricker du/ditt barn per dag? Antal dl .....

Gillar du /ditt barn frukt och grönsaker? Om ja ungefär hur mycket äter du/ditt barn per dag?

.....

Är det så att du eller ditt barn medvetet eller omedvetet håller sig när du/ditt barn behöver bajsar?

.....

### Fyll i formuläret och ta med till ert bokade besök

#### Välkomna!

Dokumentkategori:	G: Mottagning Gastro	Gäller fr.o.m.: 20210125
Godkänt av: Camilla Söderqvist	Utfärdare: Anna Österberg	Tillhörighet: Barnsjukhuset Martina
		2021 - xx - xx

Vid utskrift är detta dokument en kopia. Dokumentet är giltigt ett år efter gällandedatum ovan. Den, som ansvarar för arbetsområdet, där dokumentet finns utskrivet, ansvarar också för att byta ut detta efter giltighetstidens utgång eller vid förändring av rutin eller metod (reception/sekretariat, VC, sektionsledare mottagning samt akuten).