

# PHASE-20

## – skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom

Namn		Personnummer		Datum	Vårdpersonals sign
Diagnoser:					
Hur mycket har patienten kunnat delta i bedömningen? <input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls					
Är patienten		<input type="checkbox"/> Uppegående	<input type="checkbox"/> Rullstolsburen	<input type="checkbox"/> Sängbunden	
Vikt	S-krea eller S-cystatin C	BT liggande	BT stående		
Datum	Datum	Datum	Datum		
<p><b>Sätt ett tydligt kryss</b> i rutan vid det alternativ som bäst motsvarar besvärnivån under de senaste två veckorna. Lämna gärna förtydligande kommentarer i marginalen vid behov.</p> <p><u>Stryk under</u> de symtom som stämmer bäst och <u>stryk över</u> de symtom som inte stämmer</p>					
Inga besvär   Små besvär   Måttliga besvär   Stora besvär					Kommentarer:
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/ängestfylld	<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 trängningar/ 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 _____					

## Övriga kommentarer

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### **PHASE 20 – PHArmacoTherapeutical Syptom Evaluation, 20 frågor**

Syfte: Att identifiera symtom hos äldre som kan bero på läkemedel.

Framtagen i samarbete mellan Läkemedelskommittén i Landstinget i Uppsala län och FoU Äldre, Regionförbundet Uppsala län.

**Blankettblock** beställs från [lakemedel@lul.se](mailto:lakemedel@lul.se)

**Blanketten** kan också hämtas på [www.lul.se/lakemedel](http://www.lul.se/lakemedel). Klicka på Stöd till förskrivare.

### **Referens**

Hedström M, Lidström B, Hulter Åsberg K. 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.