



Uppföljning 1 år

Personnummer

Namn

Telefonnummer

Datum

Opererande enhet

1. Har du vårdats på sjukhus efter din obesitasoperation?

(Gäller alla typer av vårdtillfällen oavsett anledning)

Ja Nej

1 a) Om Ja

Vilket sjukhus?	Vilken klinik?	Vad vårdades du för? (ev operation anges vid nästa fråga)	Tidpunkt? (ange så nära du kan)

2. Är du opererad efter din obesitasoperation? (Gäller alla typer av operationer)

Ja Nej

2 a) Om Ja

Vilken sorts operation?	Vilket sjukhus?	Tidpunkt?

3. Har du fått någon form av komplikation efter din obesitasoperation relaterat till ingreppet?

Ja Nej

3 a) Om Ja, vilken typ av komplikation?

Ärrbräck Ja Nej

Magsår

Undernäring
(som krävt behandling med näringstillskott eller sjukhusvård)

Blod/ järnbrist
(som krävt behandling utöver järn eller folsyra)

Tarmvred

Annan komplikation, vad?

.....
.....

3 b) Har du fått behandling för din komplikation och i så fall vilken behandling?

.....
.....

4. Din nuvarande längd

5. Din nuvarande vikt
(ange bara en faktisk vägd vikt)

6. Ditt blodtryck
(anges bara om du mätt blodtrycket hos distriktssköterska eller vårdcentral)

7. Röker du?

Ja Nej Slutat år

8. Har du under det senaste året regelbundet tagit något av dessa tillskott?

	Ja	Nej
Multivitamin med eller utan järn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B12 (tablett eller injektion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folsyra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D-vitamin med eller utan Calcium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Järntabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhållit järn via infusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Behandlas du regelbundet med mediciner för något av följande?

(Kryssa för alla aktuella alternativ)

	Ja	Nej
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förhöjda blodfetter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magkatarr, reflux, magsår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnapné <i>(ange Ja endast för CPAP-behandling)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel/skelettsmärter <i>(Regelbunden behandling med smärtstillande och/eller antiinflammatorisk medicin)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Typ av behandling: Tablett Insulin Tablett och Insulin

Annan diabetesbehandling:

10. Har du regelbundet svåra buksmärter som inte har fått en tydlig diagnos och som kräver smärtstillande läkemedel (starkare än paracetamol, Alvedon motsvarande) eller som påverkar ditt dagliga liv kraftigt och förhindrar ditt arbete/ fritidssysselsättning?

Ja Nej

11. Kvinna: Är du gravid?

Om ja, i vilken graviditetsvecka?

Tack för att du genom dina svar bidrar till forskning och utveckling av obesitassjukdomen