

Vurdering af synkefunktion forud for telefonkonsultation på afdeling L, Aarhus Universitetshospital.

Vejledning til dig, der gentagne gange har behov for udvidelse af spiserøret.

Hvordan var din synkefunktion dagene efter sidste udvidelse?

Gennemgå skemaet. Start med Almindelig kost. Sæt et kryds i de relevante felter.

KOST:	Den var ubesværet	Jeg kunne synke med lidt besvær	Jeg kunne synke med noget besvær	Jeg kunne synke med meget besvær	Jeg kunne ikke synke
	0	1	2	3	4
Almindelig blandet kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blød kost ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flydende kost ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Væske o.l. ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1: fx kartoffelmos, millionbøf.

2: Supper uden fyld, yoghurt, A-38, Skyr, blændet/pureret mad osv.

3: vand, sodavand, proteindrikke og klar suppe.

Hvordan er din nuværende synkefunktion?

Gennemgå skemaet. Start med Almindelig kost. Sæt et kryds i de relevante felter.

KOST:	Synkes ubesværet	Synkes med lidt besvær	Synkes med noget besvær	Synkes med meget besvær	Kan ikke synkes
	0	1	2	3	4
Almindelig blandet kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blød kost ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flydende kost ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Væske o.l. ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1: fx kartoffelmos, millionbøf.

2: Supper uden fyld, yoghurt, A-38, Skyr, blændet/pureret mad osv.

3: vand, sodavand, proteindrikke og klar suppe.

Har du smerter? Sæt et kryds på den stiplede linje, der bedst beskriver de smerter du har nu, hvor 0 er ingen smerter og 10 er uudholdelige smerter.

Laveste smerteniveau efter sidste udvidelse: 0 5 10

Smerteniveau den dag, du kontakter afdelingen (i dag) 0 5 10

Kaster du op: NEJ JA

Er der blod i: NEJ JA

Hvornår vil du selv mene, du skal have foretaget udvidelse af spiserøret igen?

Indenfor 1-2 døgn <input type="checkbox"/>	Indenfor 1 uge <input type="checkbox"/>	Jeg vil gerne ringes op af forløbskoordinator <input type="checkbox"/>	Jeg ringer selv, når jeg mærker behovet for udvidelse <input type="checkbox"/>
--	---	--	--

Vigtige telefonnumre:

Afsnit L1
Tlf. 7846 2843 hele døgnet

Forløbskoordinator Kristín N. Jónsdóttir
Tlf. 7846 6410 hverdage kl. 8-15