

# Astma – öppenvård (patienter under 18 år)

Personnummer: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

## ÖPPENVÅRDSBESÖK

\* Besöksdatum: \_\_\_\_\_ Kön: \_\_\_\_\_ Ålder: \_\_\_\_\_

\* Besökstyp:

 Fysiskt besök       Distanskontakt

 \* KOL-diagnos: \_\_\_\_\_ Diagnosår: \_\_\_\_\_ Bronkopulmonell dysplasi: \_\_\_\_\_  
 Ja    Nej      \_\_\_\_\_  Ja

 \* Astmadiagnos: \_\_\_\_\_ Diagnosår: \_\_\_\_\_ Allergidiagnos: \_\_\_\_\_ Diagnosår: \_\_\_\_\_  
 Ja    Nej      \_\_\_\_\_  Ja      \_\_\_\_\_

## Kroppsmått

Längd: \_\_\_\_\_ cm      Vikt (heltal): \_\_\_\_\_ kg      BMI: \_\_\_\_\_ (räknas ut online)

## Rökvanor

Rökvanor:

 Aldrig varit rökare  
 Slutat röka för >6 månader sedan      Rökavvänjning erbjuden:  Ja  
 Slutat röka för <6 månader sedan  
 Röker, men inte dagligen  
 Röker dagligen 1-9 cigaretter/dag  
 Röker dagligen 10-19 cigaretter/dag  
 Röker dagligen >20 cigaretter/dag

 Passiv rökning:  Ja      Under fosterlivet:  Ja      Under uppväxten:  Ja      Nu:  Ja


## Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet, antal dagar per vecka (minst 30 minuters sammanhängande aktivitet): \_\_\_\_\_

## Spirometri

Spirometri utförd:

 Ja

 Vid långverkande luftrörsvidgande (LABA) senaste 12 tim eller kortverkande (SABA) senaste 6 tim ska FVC och FEV1 registreras som 'efter/ post' värden.

FVC före (med en decimal): \_\_\_\_\_ liter      FVC efter (med en decimal): \_\_\_\_\_ liter

FEV1 före (med en decimal): \_\_\_\_\_ liter      FEV1 efter (med en decimal): \_\_\_\_\_ liter

**Exacerbationer, ineliggande vårdtillfällen och B-Eosinofila**

Antal exacerbationer senaste 12 månaderna: \_\_\_\_\_

Antal behandlingstillfällen **i hemmet** med antibiotika och/eller kortison pga exacerbation under de senaste 12 mån: \_\_\_\_\_

Antal ineliggande vårdtillfällen de senaste 12 månaderna på grund av KOL eller astma: \_\_\_\_\_

B-Eosinofila (absolutvärde): \_\_\_\_\_  $10^9/L$

Utlösande triggerfaktorer vid försämring

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergener              | <input type="checkbox"/> Tobaksrök           |
| <input type="checkbox"/> Luftvägsinfektion       | <input type="checkbox"/> Fysisk ansträngning |
| <input type="checkbox"/> Luftföroreningar/dofter | <input type="checkbox"/> Temperaturväxling   |
| <input type="checkbox"/> Stress                  |  |

**Övriga diagnoser**

 Diagnosen ska vara journalförd


 Välj aktuella diagnoser

Ytterligare diagnoser för barn registreras i formuläret "Övriga diagnoser som påverkar lungfunktionen"

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Depression/ångest | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Hjärtsjukdom      | <input type="checkbox"/> Hypertoni         |
| <input type="checkbox"/> Osteoporos        | <input type="checkbox"/> Sömnapné syndrom  |

**Åtgärder**

Strukturerad patientutbildning:  Inom 5 år

 Vilket av följande har patienten erhållit i samband med dagens besök?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sjukdomskunskap | <input type="checkbox"/> Läkemedelsbehandling inkluderande inhalationsteknik |
| <input type="checkbox"/> Egenvård        | <input type="checkbox"/> Riskfaktorer  |
| <input type="checkbox"/> Astma-skola     |  |

Skriftlig behandlingsplan erhållits eller följts upp vid dagens besök:  Ja

Interprofessionella kontakter de senaste 12 månaderna:  Ja Om ja:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fysioterapeut  | <input type="checkbox"/> Dietist          |
| <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut | <input type="checkbox"/> Kurator/psykolog |

Vaccinerad mot influensa de senaste 12 månaderna: Vaccinerad mot pneumokock:

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |
|-----------------------------|-----------------------------|

**Astma-diagnos**

Astmakontroll (ACT): \_\_\_\_\_ poäng

Behandlingstrappa/svårighetsgrad:

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Lindrig   | <input type="checkbox"/> 4. Svår        |
| <input type="checkbox"/> 2. Måttlig   | <input type="checkbox"/> 5. Mycket svår |
| <input type="checkbox"/> 3. Medelsvår |   |

Mätning av NO (FENO) utförd:  Ja

Uppmätt NO-värde (mätvärde ppb): \_\_\_\_\_

Allergitest någonsin utförd:  Ja

Årtal: \_\_\_\_\_ Luftvägsallergi:  Ja

**LÄKEMEDEL****Luftrörsvidgande och steroider ej i fasta kombinationer**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beta-2-stimulerande kortverkande (SABA) | <input type="checkbox"/> Beta-2-stimulerande långverkande (LABA) |
| <input type="checkbox"/> Antikolinergika kortverkande (SAMA)     | <input type="checkbox"/> Antikolinergika långverkande (LAMA)     |
| <input type="checkbox"/> Steroider i inhalation (ICS)            |  |

**Inhalationsläkemedel i fasta kombinationer**

- Antikolinergika och beta-2-stimulerare i fast kombination (LAMA/LABA)
- Steroider och Beta-2-stimulerare i fast kombination (ICS/LABA)
- Steroider och Beta-2-stimulerare och långverkande antikolinergika i fast kombination (ICS/LABA/LAMA)

**Dosering ICS:**

- Låg  Medel  Hög

**Behandlingsstrategi:**

- Intermittent  Regelbundet

- Steroider per oralt (OCS)

**Övriga inflammationsdämpande läkemedel**

- Leukotrienhämmare

**Övriga astma-/allergiläkemedel**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergenspecifik immunterapi (AIT/SLIT)    | <input type="checkbox"/> Immunsuppressiv behandling (ej steroider) |
| <input type="checkbox"/> Adrenalin                                  | <input type="checkbox"/> Antihistamin                              |
| <input type="checkbox"/> Ögondroppar antihistamin                   | <input type="checkbox"/> Ögondroppar kromoner                      |
| <input type="checkbox"/> Nasal steroid                              | <input type="checkbox"/> Nasala antihistaminer                     |
| <input type="checkbox"/> Kombination nasal steroid och antihistamin |  |

**Biologiska läkemedel**

- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Omalizumab  | <input type="checkbox"/> Dupilumab    |
| <input type="checkbox"/> Reslizumab  | <input type="checkbox"/> Benralizumab |
| <input type="checkbox"/> Mepolizumab | <input type="checkbox"/> Tezepelumab  |

**Övriga**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Roflumilast            | <input type="checkbox"/> Airsonett           |
| <input type="checkbox"/> N-Acetylcystein        | <input type="checkbox"/> Rökavvänjningsmedel |
| <input type="checkbox"/> Bisfosfonat            | <input type="checkbox"/> Azitromycin         |
| <input type="checkbox"/> Calcium                | <input type="checkbox"/> Bilevel             |
| <input type="checkbox"/> LTOT (syrgas i hemmet) |  |

**ANDRA ALLERGIMANIFESTATIONER**

- Konjunktivit:  Ja      Näspolyper:  Ja      Rinit:  Ja, uns      Förlorat luktsinne:  Ja
- Ja, intermittent
- Ja, persisterande

- Födoämnesallergi:  Ja      Eksem:  Ja

- Aktuell anafylaxirisk:  Grad 1     Grad 2     Grad 3

## ALLERGIRESULTAT VID UTREDNING

Allergiscreening:

- Positiv  
 Negativ

Total IgE:

\_\_\_\_\_ IE/ml

**Specifik IgE:**

- Positiv  
 Negativ

Katt:

- Positiv  
 Negativ

Hund:

- Positiv  
 Negativ

Häst:

- Positiv  
 Negativ

Kanin:

- Positiv  
 Negativ

Björk:

- Positiv  
 Negativ

Gräs:

- Positiv  
 Negativ

Gråbo:

- Positiv  
 Negativ

Cladosporium:

- Positiv  
 Negativ

Kvalster, Dermatophagoides pteronyssinus:

- Positiv  
 Negativ

Kvalster, Dermatophagoides farinae:

- Positiv  
 Negativ

Andra luftvägsallergen:

- Ja

**IgE-medierad födoämnesallergi med symptom från tarm och magsäck:**

- Positiv  
 Negativ

Mjök:

- Positiv  
 Negativ

Ägg:

- Positiv  
 Negativ

Fisk:

- Positiv  
 Negativ

Jordnöt:

- Positiv  
 Negativ

Soja:

- Positiv  
 Negativ

Hasselnöt:

- Positiv  
 Negativ

Andra födoämnesallergen:

- Ja

**Pricktest:**

- Positiv  
 Negativ

Katt:

- Positiv  
 Negativ

Hund:

- Positiv  
 Negativ

Häst:

- Positiv  
 Negativ

Kanin:

- Positiv  
 Negativ

Björk:

- Positiv  
 Negativ

Gräs:

- Positiv  
 Negativ

Gråbo:

- Positiv  
 Negativ

Cladosporium:

- Positiv  
 Negativ

Kvalster, Dermatophagoides pteronyssinus:

- Positiv  
 Negativ

Kvalster, Dermatophagoides farinae:

- Positiv  
 Negativ

Andra Luftvägsallergen:

- Ja

## Provokationer

Provokationer:

Ja *Om ja:*

Ansträngningstest:

Positiv  
 Negativ

Torrluft:

Positiv  
 Negativ

Mannitol:

Positiv  
 Negativ

Metakolin:

Positiv  
 Negativ

Histamin:

Positiv  
 Negativ

## Övriga diagnoser som påverkar lungfunktionen

 **Diagnosen ska vara journalförd**

- Cystisk Fibros
- Primär Celliär Dyskinesi
- Missbildning/förträngning av trakea eller bronker
- Interstitiell lungsjukdom

 **Välj aktuella diagnoser**

- Annan lungsjukdom/lungfunktionsnedsättning
- Neuromuskulär lungsjukdom
- Lunghypoplasi/lungaplasi/lungmissbildning
- Kyfos/skolios/bröstkorgsmissbildning