

6. Avgiftingsbehov – FAB

Namn: _____

Datum: / /

Räkna ihop siffrorna under varje sektion för att få en delsumma, lägg sedan ihop varje delsumma för att få slutsumman. Om någon delsumma visar mer än 10 poäng eller slutsumman är över 50 poäng kan du ha behov av att använda ett avgiftningsprogram.

Poängskala	0	Har aldrig eller sällan haft symptomen	3	Regelbundna, lindriga symptom
	1	Tillfälliga, lindriga symptom	4	Regelbundna, svåra symptom
	2	Tillfälliga, svåra symptom		

Huvud	<input type="checkbox"/>	Huvudvärk	
	<input type="checkbox"/>	Matthet	
	<input type="checkbox"/>	Yrsel	
	<input type="checkbox"/>	Sömnrubbingar	Summa:

Ögon	<input type="checkbox"/>	Vattniga eller kliande ögon	
	<input type="checkbox"/>	Svullna, röda eller stickande ögonlock	
	<input type="checkbox"/>	Påsar eller mörka ringar under ögonen	
	<input type="checkbox"/>	Suddig syn eller tunnelseende	Summa:

Öron	<input type="checkbox"/>	Kliande öron	
	<input type="checkbox"/>	Smärtande öron, öroninfektioner	
	<input type="checkbox"/>	Rinnande öron	
	<input type="checkbox"/>	Ringningar i öronen, dålig hörsel	Summa:

Näsa	<input type="checkbox"/>	Nästäppa	
	<input type="checkbox"/>	Bihåleproblem	
	<input type="checkbox"/>	Hösnuva	
	<input type="checkbox"/>	Nysattacker	
	<input type="checkbox"/>	Överdriven slembildning	Summa:

Mun/hals	<input type="checkbox"/>	Kronisk hosta	
	<input type="checkbox"/>	Kväljningar, ofta behov av att harkla sig	
	<input type="checkbox"/>	Ont i halsen, heshet, svårt att prata	
	<input type="checkbox"/>	Svullen eller missfärgad tunga, tandkött eller läppar	Summa:

Hud	<input type="checkbox"/>	Akne	
	<input type="checkbox"/>	Utslag, eksem, torr hud, klåda	
	<input type="checkbox"/>	Håravfall Rodnader, vallningar	
	<input type="checkbox"/>	Överdriven svettning	Summa: :

Hjärta	<input type="checkbox"/>	Oregelbundna eller missade hjärtslag	
	<input type="checkbox"/>	Snabba eller dunkande hjärtslag	
	<input type="checkbox"/>	Bröstsmärta	Summa:

Lungor	<input type="checkbox"/>	Slembildning eller blodstockning	
	<input type="checkbox"/>	Astma, bronkit	
	<input type="checkbox"/>	Andnöd	
	<input type="checkbox"/>	Andningssvårighet	Summa:

Matsmältning	<input type="checkbox"/>	Illamående, kräkningar	
	<input type="checkbox"/>	Diarré	
	<input type="checkbox"/>	Förstoppning	
	<input type="checkbox"/>	Känsla av uppsvälldhet	
	<input type="checkbox"/>	Rapningar, gaser	
	<input type="checkbox"/>	Halsbränna	
	<input type="checkbox"/>	Tarm-magont	Summa:
Leder/Muskler	<input type="checkbox"/>	Smärta eller värk i leder	
	<input type="checkbox"/>	Artrit	
	<input type="checkbox"/>	Stelhet eller begränsad rörelseförmåga	
	<input type="checkbox"/>	Smärta eller värk i muskler	
	<input type="checkbox"/>	Känsla av svaghet eller trötthet	Summa:
Vikt	<input type="checkbox"/>	Överdrivet ätande/drickande	
	<input type="checkbox"/>	Begär efter särskild mat	
	<input type="checkbox"/>	Övervikt	
	<input type="checkbox"/>	Tvångsätande	
	<input type="checkbox"/>	Vätskevarhållning	
	<input type="checkbox"/>	Undervikt	Summa:
Energi/aktivitet	<input type="checkbox"/>	Trötthet, Lathet	
	<input type="checkbox"/>	Apati	
	<input type="checkbox"/>	Hyperaktivitet	
	<input type="checkbox"/>	Rastlöshet	Summa:
Hjärna	<input type="checkbox"/>	Dåligt minne	
	<input type="checkbox"/>	Förvirring, dålig fattningsförmåga	
	<input type="checkbox"/>	Dålig koncentrationsförmåga	
	<input type="checkbox"/>	Dålig fysisk koordination	
	<input type="checkbox"/>	Svårt att fatta beslut	
	<input type="checkbox"/>	Stamning	
	<input type="checkbox"/>	Otydligt tal	
	<input type="checkbox"/>	Inlärningsproblem	Summa:
Känslor	<input type="checkbox"/>	Humörsvängningar	
	<input type="checkbox"/>	Oro, rädsla, nervositet	
	<input type="checkbox"/>	Ilkska, irritation, aggressivitet	
	<input type="checkbox"/>	Depression	Summa:
Övrigt	<input type="checkbox"/>	Ofta sjuk	
	<input type="checkbox"/>	Behov av att urinera ofta	
	<input type="checkbox"/>	Underlivsklåda/-utsöndring	
	<input type="checkbox"/>	Analklåda	Summa: Slutsumma: