

Bedömning av Candida

Namn:

Datum: / /

Adress:

Telefon:

Vid kraftiga besvär eller tydligt JA stryker du under den högre siffran. Vid lindrigare besvär eller om du känner dig tveksam stryker du under den lägre siffran. Om du är besvärsfri eller vill säga NEJ stryker du över båda siffrorna (de ska inte räknas).

Mediciner och droger

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Har du någon gång tagit en antibiotikakur under längre än åtta veckor vid infektion? | 3 | 6 |
| 2. Har du tagit fler än fyra antibiotikakurer under loppet av ett år? | 3 | 6 |
| 3. Har du någon gång använt antibiotika i över en månad vid behandling av acne, bronkit, bihåleinflammation eller urinvägsinfektion? | 3 | 6 |
| 4. Har du använt någon av följande medicin: prednisolon/kortison steroider eller ATCH ett läkemedel mot astma, eksem och reumatism | 2 | 4 |
| 5. Har du någon gång behandlats mot immunförsvarsnedsättande mediciner? | 2 | 4 |
| 6. Dricker du eller har druckit mer än 12 folköl, 9 mellanöl, 6 starköl, 2 flaskor vin eller en flaska starksprit per vecka? | 1 | 2 |
| 7. Har du använt anabola steroider mer än tre gånger i ditt liv? | 1 | 2 |
| 8. Använder du eller har du använt droger periodvis eller regelbundet i ditt liv? | 2 | 4 |
| 9. Använder du p-piller regelbundet? | 2 | 4 |

Viktiga symptom och tillstånd vid candida hos kvinnor

- | | | |
|--|---|---|
| 10. Har du varit gravid mer än en gång? | 1 | 2 |
| 11. Har du lidit av återkommande inflammation i äggstockar eller slidan? | 3 | 6 |
| 12. Har du haft problem med livmoderslemhinnan endometrios? | 2 | 4 |
| 13. Har du vaginala flytningar, klåda eller irritationer? | 3 | 6 |
| 14. Har du ofta vaginala flytningar eller irritation efter samlag? | 2 | 4 |
| 15. Lider du av PMS (Premenstruellt Syndrom) under veckan före mens? | 1 | 2 |
| 16. Lider du av menskramp eller menstruella smärtor? | 1 | 2 |

Viktiga symtom hos män och kvinnor som tyder på Candida

17. Hade du svampinfektionen torsk som barn mer än en gång, antingen oralt eller vaginalt?	2	4
18. Har du haft eller har du fotsvamp eller svampinfektion under naglar och hud?	2	4
19. Är du överkänslig mot parfymer, kemikalier, tobaksrök etc?	1	2
20. Försämras dina syndrom vid konsumtion av sockerhaltig mat, godis och dryck eller födoämnen som bryts ner genom jäsningsprocesser?	2	4
21. Lider du av födoämnesallergier eller hösnuva?	1	2
22. Lider du ofta av uppsvälld buk eller väderspänningar?	2	4
23. Lider du av diarré eller förstoppning eller omväxlande diarré/förstoppning?	2	4
24. Lider du av depression, trötthet och kraftlöshet?	1	2
25. Lider du av dåligt minne och/eller en känsla av verklighetsfrånvaro?	1	2
26. Har du inlärningssvårigheter?	1	2
27. Har du begär eller starkt begär efter sockerrika produkter t ex. godis, kakor, eller mjölk, ost, bröd och/eller alkohol?	2	4
<i>Delsumma:</i>		
28. Lider du av oförklarlig muskelvärk?	1	2
29. Lider du av stickande och brännande förnimmelser eller känslor över att vissa kroppsdelar är bortdomnade?	1	2
30. Lider du av oförklarlig värk och svullnad i lederna?	1	2
31. Ser du sämre ibland eller ser du fläckar eller prickar framför ögonen?	1	2
32. Har du någon kronisk infektion eller inflammation?	1	2
33. Lider du av impotens eller frigiditet/nedsatt könsdrift?	1	2
34. Lider du av prostatit?	3	6
35. Lider du av återkommande huvudvärk?	1	2
36. Lider du av yrsel och vissa balanssvårigheter?	1	2
37. Bli du lätt åksjuk och sjösjuk? Har du svårt med balansen efter kraftig rotation, berg och dalbana med mera?	1	2
38. Har du ett mycket skiftande humör?	1	2
39. Lider du av irriterande hudutslag?	1	2
40. Är avföringen rik på slem?	1	2

41. Rapar du ofta och har gaser i buken?	1	2
42. Har du dålig andedräkt?	1	2
43. Har du vit eller grön/gul beläggning på tungan?	3	6
44. Har du återkommande smärtor i buken?	1	2
45. Har du eller har du haft en eller fler av följande sjukdomar/problem: diabetes, högt blodsöcker, låg sköldkörtel, cancer, kraftiga brännskador eller operationer?	2	4
46. Har du ett eller fler sjukdomstillstånd: anorexi, bulleми, SLE, multipel skleros, myastenia gravis, ulcerös kolit eller Chrons sjukdom?	3	6
47. Är det fastslaget att du har oral galvanism?	3	6
48. Har du fler än fem amalgamfyllningar i tänderna?	1	2
49. Har du tandmaterial i munnen av blandade metaller?	1	2
50. Har du störningar i luktsinnet, smaksinnet, synen och/eller hörseln?	1	2
51. Har du bott eller bor du mögelhus, hus med fuktig källare eller fuktigt klimat?	2	4
52. Är du speciellt känslig mot mögel?	2	4
53. Är du överkänslig mot penicillin?	1	2
54. Har du okontrollerad vikt förlust?	1	2
55. Har läkare undersökt dig utan att finna orsaken till dina symptom utan påstår att dina besvär är psykosomatiska?	1	2

Delsumma:

Slutsumma: