



Personnummer (10 siffror)

Datum for inhämtning av informationen

Hurley score I-III

Stadium I	En eller flera bölder som läker utan märkbara förändringar i huden	<input type="checkbox"/>
Stadium II	Recidiverande abscesser med synliga gångar och ärrbildningar. Huden är inte märkbart involverad mellan varje definierbar lesion	<input type="checkbox"/>
Stadium III	Engagerad hud mellan aktiva och inaktiva recidiverande, persisterande lesioner, gångar och ärr	<input type="checkbox"/>

Hidradenitis Suppurativa Score (Sartorius)

Höger armhåla

Finns det synliga tecken på affektion? Ja Nej

Antal noduli

Antal fistlar och sinus

Största avstånd mellan två relevanta lesioner; papler, pustler eller sinuser
0 <5 cm 5-10 cm >10 cm

Hurley III Ja Nej

Höger ljumske (exkluderande pubis og lårområden)

Finns det synliga tecken på affektion? Ja Nej

Antal noduli

Antal fistlar och sinus

Största avstånd mellan två relevanta lesioner; papler, pustler eller sinuser
0 <5 cm 5-10 cm >10 cm

Hurley III Ja Nej

Höger sätesregion (höger glutealhalva)

Finns det synliga tecken på affektion? Ja Nej

Antal noduli

Antal fistlar och sinus

Största avstånd mellan två relevanta lesioner; papler, pustler eller sinuser
0 <5 cm 5-10 cm >10 cm

Hurley III Ja Nej

Andra relevanta områden

Finns det synliga tecken på affektion? Ja Nej

Antal noduli

Antal fistlar och sinus

Största avstånd mellan två relevanta lesioner; papler, pustler eller sinuser
0 <5 cm 5-10 cm >10 cm

Hurley III Ja Nej

Vänster armhåla

Finns det synliga tecken på affektion? Ja Nej

Antal noduli

Antal fistlar och sinus

Största avstånd mellan två relevanta lesioner; papler, pustler eller sinuser
0 <5 cm 5-10 cm >10 cm

Hurley III Ja Nej

Vänster ljumske (exkluderande pubis og lårområden)

Finns det synliga tecken på affektion? Ja Nej

Antal noduli

Antal fistlar och sinus

Största avstånd mellan två relevanta lesioner; papler, pustler eller sinuser
0 <5 cm 5-10 cm >10 cm

Hurley III Ja Nej

Vänster sätesregion (vänster glutealhalva)

Finns det synliga tecken på affektion? Ja Nej

Antal noduli

Antal fistlar och sinus

Största avstånd mellan två relevanta lesioner; papler, pustler eller sinuser
0 <5 cm 5-10 cm >10 cm

Hurley III Ja Nej



Kirurgiska komplikationer

	Ja	Nej	Okänt
Inträffade det infektion i operationssåret och som blev diagnosticerad av läkare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inträffade det fördröjd sårhäkning där såret inte är läkt 3 mnd efter operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tror ni att operationsärr ger smärta eller funktionsnedsättning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du upplevt domningar, funktionsnedsättning eller andra neurologiska symptom förorsakade av kirurgiska behandlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fått diagnostiserat sepsis (blodförgiftning) med hög feber med nödvändig i.v. antibiotikabehandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inträffade blödning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du erfarit övriga komplikationer som kan vara förorsakade av den kirurgiska behandlingen (t.ex på tagställe vid skin-graft)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övriga:			
.....			
.....			
.....			

Medicinsk åtgärd

Biologisk behandling, välj vad som görs vid kontroll

Oförändrad behandling	<input type="checkbox"/>
Ökad dos	<input type="checkbox"/>
Kompletterande behandling (initiera ny registrering)	<input type="checkbox"/>
Reducerad dos	<input type="checkbox"/>
Seponering av behandling	<input type="checkbox"/>
	Ja Nej
Behandling avslutas på grund av allvarlig biverkan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Antibiotikabehandling, välj vad som görs vid kontroll

Oförändrad behandling	<input type="checkbox"/>
Ökad dos	<input type="checkbox"/>
Kompletterande behandling (initiera ny registrering)	<input type="checkbox"/>
Reducerad dos	<input type="checkbox"/>
Seponering av behandling	<input type="checkbox"/>
	Ja Nej
Behandling avslutas på grund av allvarlig biverkan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Antiinflammatorisk behandling, välj vad som görs vid kontroll

Oförändrad behandling	<input type="checkbox"/>
Ökad dos	<input type="checkbox"/>
Kompletterande behandling (initiera ny registrering)	<input type="checkbox"/>
Reducerad dos	<input type="checkbox"/>
Seponering av behandling	<input type="checkbox"/>
	Ja Nej
Behandling avslutas på grund av allvarlig biverkan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Analgetika, välj vad som görs vid kontroll

Oförändrad behandling	<input type="checkbox"/>
Ökad dos	<input type="checkbox"/>
Kompletterande behandling (initiera ny registrering)	<input type="checkbox"/>
Reducerad dos	<input type="checkbox"/>
Seponering av behandling	<input type="checkbox"/>
	Ja Nej
Behandling avslutas på grund av allvarlig biverkan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Personnummer (10 siffror)

Datum for inhämtning av informationen

å å å å m m d d

Status hälsotillstånd

Antal bölder senaste 4 veckorna

Hur smärtsam är bölden som smärtar mest?

0 5 10

Hur plågad är du av din hudsjukdom nu?

0 5 10

Yrkesstatus

I heltidsarbete/ studerande

Sjukskriven (helt eller delvis)

Förtidspensionär (helt eller delvis)

Rehabilitering

Ålderspension

Arbetslös

Livskvalitet (patientens egen bedömning)

Syftet med detta frågeformulär är att få veta hur mycket dina hudbesvär har påverkat ditt liv UNDER DEN SENASTE VECKAN. Vår vänlig och kryssa i en ruta för varje fråga.

1	Hur mycket har din hud kliat, svidit, bränt och stuckit under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Hur generad eller osäker på Dig själv har du varit på grund av din hud under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Hur mycket har din hud hindrat dig från att gå och handla, sköta ditt hem eller trädgård under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls Ej tillämpligt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Hur mycket har din hud inverkat på din klädsel under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls Ej tillämpligt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Hur mycket har din hud påverkat sociala aktiviteter eller fritidsaktiviteter under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls Ej tillämpligt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Hur mycket har din hud förhindrat dig att utöva sport under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls Ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Har din hud förhindrat dig att arbeta eller studera under den senaste veckan?	Ja Nej Ej tillämpligt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Om du har svarat nej på denna fråga, hur mycket har din hud varit ett problem under arbetet eller studierna ?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Hur mycket problem har din hud förorsakat dig i relationen med din partner eller någon av dina nära vänner eller släktingar under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls Ej tillämpligt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Hur mycket sexuella svårigheter eller problem har din hud orsakat under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls Ej tillämpligt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	Hur mycket problem har behandlingen av din hud givit, till exempel genom att stöka till hemma eller ta upp din tid under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls Ej tillämpligt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>