

— we help people  
achieve healthy skin



# Checklista för din psoriasis

Syftet med denna checklista är att ge dig och din läkare en bild av din nuvarande situation och att ha den som ett diskussionsunderlag för din framtida behandling.

**LEO**<sup>®</sup>

---

## Diagnos

Hur länge har du haft psoriasis?

- 0–1 år  2–5 år  6–9 år  10 år eller mer

När träffade du en läkare med anledning av din psoriasis senast?

- 0–1 år sedan  2–3 år sedan  > 3 år  
 Jag går regelbundet, \_\_\_\_\_ antal gånger per år.

Har du träffat en hudläkare (dermatolog) för din psoriasis?

- Ja  Nej  Vet ej

Vad var anledningen till kontakt med läkare, hudläkare (dermatolog)?

- Återbesök/rutinkontroll  Min psoriasis hade blivit sämre  
 Klåda  Diskutera min behandling  
 Annat:

---

---

---

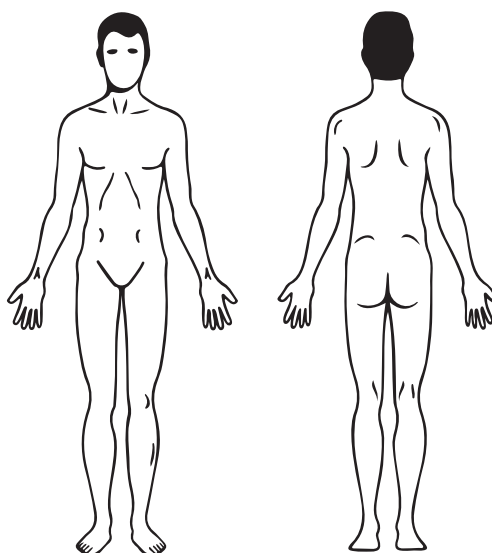
Hur många olika läkare har du träffat för din psoriasis?

- 1 läkare  2–3 läkare  4–5 läkare  > 6 läkare

---

## Område

Markera på vilket område du vanligtvis har psoriasis





På vilka områden på kroppen brukar du ha psoriasis?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hårbotten          | <input type="checkbox"/> Rygg            | <input type="checkbox"/> Bröst/mage          |
| <input type="checkbox"/> Lår                | <input type="checkbox"/> Underben        | <input type="checkbox"/> Armar               |
| <input type="checkbox"/> Händer/handflator  | <input type="checkbox"/> Fötter/fotsulor | <input type="checkbox"/> Underliv/genitalier |
| <input type="checkbox"/> Mellan "skinkorna" | <input type="checkbox"/> Bakom öron      | <input type="checkbox"/> Naglar              |
| <input type="checkbox"/> Annat:             |  |  |

---

---

---

---

Har du psoriasisartrit

- Ja  Nej  Vet ej

## Frekvens

Hur ofta återfår du din psoriasis?

- Den försvinner aldrig helt  
 Två eller fler gånger per år  
 Mer sällan

## Klåda

Kliar din psoriasis?

- Ja  Nej

Om du svarat ja, i vilken omfattning påverkar klådan dig?

- Inte särskilt mycket  Periodvis mycket  Mest hela tiden

Påverkar klådan din sömn?

- Ja  Nej

## Naglar

Har du några förändringar på dina fingernaglar eller tånaglar?

- Ja  Nej

## Andra symtom

- Ont i någon led?  Ja  Nej  Kanske lite
- Morgonstelhet?  Ja  Nej
- Trötthet?  Ja  Nej

## Har du någon av nedanstående åkommor?

- Diabetes?  Ja  Nej
- Tarmsjukdom?  Ja  Nej
- Högt blodtryck?  Ja  Nej  Vet inte
- Högt kolesterolvärde?  Ja  Nej  Vet inte
- Depression?  Ja  Nej

## Livsstil

Psoriasis är en sjukdom som blir värre när man utsätter sig för belastningar. Din livsstil kan påverka din psoriasis.

- Röker du?  Ja, dagligen  Feströker bara  Nej
- Dricker du alkohol?  Ja  Nej
- Om Ja, ungefär hur ofta och hur mycket? \_\_\_\_\_
- Sover du bra?  Ja, oftast  Nej, oftast inte
- Stressar du?  Ja, ganska ofta  Nej, det är sällan
- Påverkar årstiderna dig?  Ja  Nej

Annat:

---



---

Vad har du lärt dig hittills om vad du kan göra praktiskt för att inte låta dessa faktorer försämra din sjukdom?

---



---



---



---

## Mål med behandlingen

Har du satt ett behandlingsmål för din psoriasis?

- Ja     Nej     Vet inte

Om du svarat ja, vilket?

---

---

---

---

Om du svarat nej eller vet inte, vilket mål skulle vara relevant för dig?

---

---

---

---

---

## Behandling

Vilken behandling har du för din psoriasis idag?

- Mjukgörande                       Salva                                       Gel  
 Kräm                                       Spray                                       Tabletter  
 Ljusbehandling                       Biologisk behandling  
 Mitt/mina läkemedel heter:

---

---

Annan behandling:

---

---

---

---

Har du fått ett behandlingsschema för ditt/dina läkemedel?

- Ja                       Nej                       Tror inte det

Följer du instruktionerna för den behandling som du har idag?

- Ja, oftast               Ibland                       Nej

Om du svarat nej eller ibland, vad är anledningen till att du inte följer ordinationen?

- Glömmer bort  
 Svårt att följa instruktionerna  
 Det tar för lång tid att smörja mig  
 Det är för kladdigt  
 Dålig effekt av behandlingen  
 Jag är orolig för att behandla mig med det läkemedlet  
 Annat:

---

---

---

Om du fick önska, vad skulle du vilja ändra med din behandling för att du ska fullfölja den?

---

---

---

---

## Utveckling

Hur har din psoriasis förändrats sedan ditt senaste besök hos läkaren?

- Sämre                       Bättre                       Samma som tidigare               Vet inte

Är du nöjd med det resultat du får med den behandling du har idag?

- Ja                               Nej                               Vet inte vad jag kan förvänta mig för resultat

Har du ytterligare funderingar inför ditt läkarbesök?

---

---

Denna checklista är framtagen i samarbete med Hudläkare Christina Nohlgård, Stockholm Hud, Odenplan.

**LEO**® MAT-21869 © LEO PHARMA AB SEPTEMBER 2018 DIX ORG.NR. 556075-4318.  
ALLA LEO VARUMÄRKEN SOM NÄMNS ÄGS AV LEO GROUP.

LEO Pharma AB  
Box 404  
SE-201 24 Malmö

Tel.: 040-35 22 00  
[info.se@leo-pharma.com](mailto:info.se@leo-pharma.com)  
[www.leo-pharma.se](http://www.leo-pharma.se)

