

— we help people  
achieve healthy skin



# Tjekliste til din psoriasis

Formålet med denne tjekliste er at give dig og din læge et overblik over din nuværende situation, der kan anvendes som grundlag for en diskussion af din psoriasisbehandling.

**LEO**<sup>®</sup>

## Diagnose

Hvor længe har du haft psoriasis?

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

Hvornår har du sidst været til lægen på grund af din psoriasis?

- 0–1 år siden  2–3 år siden  > 3 år siden  
 Jeg går regelmæssigt til lægen, \_\_\_\_ gange om året.

Har du været til en hudlæge (dermatolog) på grund af din psoriasis?

- Ja  Nej  Ved ikke

Hvad var grunden til, at du var til læge eller hudlæge (dermatolog)?

- Fornyet besøg/rutinekontrol  Min psoriasis var blevet forværret  
 Kløe  For at drøfte min behandling  
 Andet:

---



---



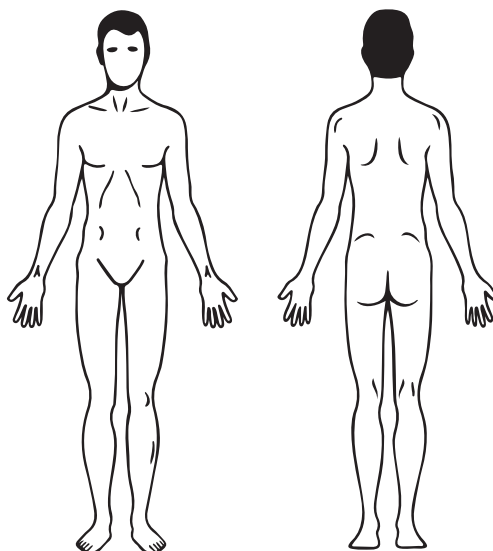
---

Hvor mange forskellige læger har du været til på grund af din psoriasis?

- 1 læge  2–3 læger  4–5 læger  > 6 læger

## Område

Marker det område, hvor du normalt har psoriasis





På hvilke områder af kroppen har du normalt psoriasis?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hårbund           | <input type="checkbox"/> Ryg             | <input type="checkbox"/> Bryst/mave           |
| <input type="checkbox"/> Lår               | <input type="checkbox"/> Underben        | <input type="checkbox"/> Arme                 |
| <input type="checkbox"/> Hænder/håndflader | <input type="checkbox"/> Fødder/fodsåler | <input type="checkbox"/> Underliv/kønsorganer |
| <input type="checkbox"/> Mellem ballerne   | <input type="checkbox"/> Bag ørerne      | <input type="checkbox"/> Negle                |
| <input type="checkbox"/> Andet:            |  |   |

---



---



---

Har du psoriasisgigt?

- Ja  Nej  Ved ikke

---

## Frekvens

Hvor tit blusser din psoriasis op igen?

- Den forsvinder aldrig helt  
 To eller flere gange om året  
 Sjældnere

---

## Kløe

Klør din psoriasis?

- Ja  Nej

Hvis ja, i hvilket omfang påvirker denne kløen dig?

- Ikke særlig meget  I perioder meget  Næsten hele tiden

Påvirker kløen din søvn?

- Ja  Nej

---

## Negle

Oplever du forandringer på dine finger- eller tånegle?

- Ja  Nej

## Andre symptomer

- Ondt i nogen led?  Ja  Nej  Måske lidt
- Morgenstivhed?  Ja  Nej
- Træthed?  Ja  Nej

## Har du nogen af nedenstående lidelser?

- Diabetes?  Ja  Nej
- Tarmsygdom?  Ja  Nej
- Forhøjet blodtryk?  Ja  Nej  Ved ikke
- Forhøjet kolesteroltal?  Ja  Nej  Ved ikke
- Depression?  Ja  Nej

## Livsstil

Psoriasis er en sygdom, der forværres, når man udsætter sig for belastninger. Din livsstil kan påvirke din psoriasis.

- Ryger du?  Ja, dagligt  Er kun festryger  Nej
- Drikker du alkohol?  Ja  Nej
- Hvis ja, hvor tit og hvor meget? \_\_\_\_\_
- Sover du godt?  Ja, for det meste  Nej, for det meste ikke
- Stresser du?  Ja, ret tit  Nej, det er sjældent
- Påvirker årstiderne dig?  Ja  Nej

Andet:

---



---

Hvad har du gjort af ændringer for at kontrollere din psoriasis?

---



---



---



---

## Formålet med behandlingen

Har du opstillet et behandlingsmål for din psoriasis?

- Ja     Nej     Ved ikke

Hvis ja, hvilket?

---

---

---

---

Hvis nej eller ved ikke, hvilket mål ville så være relevant for dig?

---

---

---

---

---

## Behandling

Hvilken behandling får du i dag for din psoriasis?

- Blødgørende     Salve     Gel  
 Creme     Spray     Tabletter  
 Lysbehandling     Biologisk behandling  
 Mit eller mine lægemidler hedder:

---

---

Anden behandling:

---

---

---

---

Har du fået et behandlingsskema til dit eller dine lægemidler?

- Ja                       Nej                       Det tror jeg ikke

Følger du instruktionerne til din nuværende behandling?

- Ja, for det meste                       Nogle gange                       Nej

Hvis nej eller nogle gange, hvad er så grunden til, at du ikke følger ordinationen?

- Jeg glemmer det  
 Det er svært at følge instruktionerne  
 Det tager for lang tid at smøre mig ind  
 Det er for klistret  
 Behandlingen har ringe effekt  
 Jeg er nervøs for at bruge lægemidlet  
 Andet:

---

---

---

Hvis du selv kunne bestemme, hvad skulle der så ændres ved din behandling, for at du ville gennemføre den?

---

---

---

---

## Udvikling

Hvordan har din psoriasis ændret sig, siden du sidst var hos lægen?

- Forværret                       Forbedret                       Uforandret                       Ved ikke

Er du tilfreds med resultatet af din nuværende behandling?

- Ja                       Nej                       Jeg ved ikke, hvilket resultat jeg kan forvente

Har du tænkt på andet forud for dit lægebesøg?

---

---

Denne checklisten er udarbejdet i samarbejde med hudlæge Christina Nohlgård,  
Stockholm Hud, Odenplan.

LEO® MAT-21869 © LEO PHARMA AS, SEPT 2018. CVR. NO 56759514.  
ALLE VAREMÆRKER SOM ER NÆVNT EJES AF LEO GROUP.

LEO Pharma AB  
Box 404  
SE-201 24 Malmö

Tel. (+45) 7022 4911  
[info.dk@leo-pharma.com](mailto:info.dk@leo-pharma.com)  
[www.leo-pharma.dk](http://www.leo-pharma.dk)

