



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.

**Dermatology
beyond the skin**



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)?

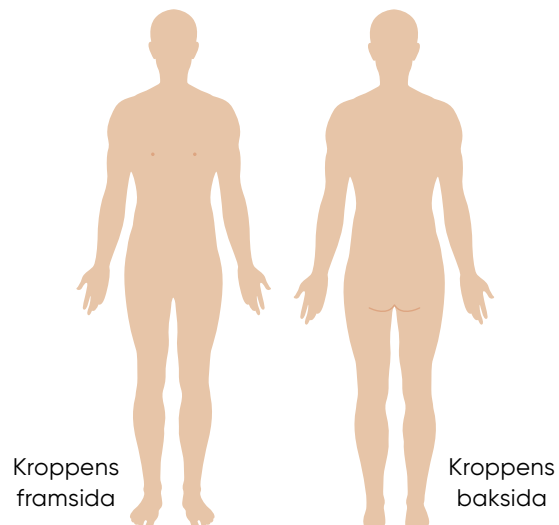
- Återbesök/rutinkontroll Min psoriasis hade blivit sämre
 Klåda Diskutera min behandling Annat:

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



Område

På vilka områden på kroppen brukar du ha psoriasis?

- Hårbotten Rygg Bröst/mage
 Lår Underben Armar
 Händer/handflator Fötter/fotsulor Underliv/genitalier
 Mellan "skinkorna" Bakom öron Naglar
 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 dessa 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:

LEO Pharma AB

Box 404
SE-201 24 Malmö

Tel. 040-35 22 00
info.se@leo-pharma.com
www.leo-pharma.se



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

LEO® MAT-17635 © LEO PHARMA AB NOVEMBER 2020 ORG.NR. 556075-4318.
ALLA LEO VARUMÄRKEN SOM NÄMNS ÄGS AV LEO GROUP