

Namn _____ Personnummer _____

Datum _____

Visual Analogue Scale Irritable Bowel Syndrome (VAS-IBS)

Att fylla i vid första besöket:

Uppskatta hur länge du har haft mag- och/eller tarmbesvär? _____

Hur har du mått de senaste 2veckorna med tanke på buksmärtor?

Mycket dåligt _____ Mycket bra

Hur har du mått senaste 2veckorna med tanke på diarrébesvär?

Mycket dåligt _____ Mycket bra

Hur har du mått senaste 2veckorna med tanke på förstoppning?

Mycket dåligt _____ Mycket bra

Hur har du mått senaste 2veckorna med tanke på uppspändhet och gaser?

Mycket dåligt _____ Mycket bra

Hur har du mått senaste 2veckorna med tanke på illamående och kräkning?

Mycket dåligt _____ Mycket bra

Hur bedömer du att ditt psykiska välbefinnande har varit senaste 2veckorna?

Mycket dåligt _____ Mycket bra

Hur mycket/lite har tarmbesvären påverkat ditt dagliga liv senaste 2veckorna?

Väldigt mycket _____ Inte alls

Besväras du av täta trängningar till avföring? JA NEJ

Upplever du att tarmen är fullständigt tömd efter toalettbesök? JA NEJ