

MALMÖ POTS SCORE

Symptomskattning POTS

Datum:

Namn:

Personnummer:

Ringa in den siffra på skalan som bäst motsvarar hur uttalade dina symptom har varit i genomsnitt under den senaste veckan. Du ska ge ett svar för varje symptom. Om du inte har upplevt ett visst symptom, ringa in noll (0).

1. Yrsel i stående eller efter uppresning.

Inga symptom Värsta tänkbara

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Svimmingskänsla, upplevelse av att du kan komma att förlora medvetandet?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Hjärtklappning, hög puls eller känsla av oregelbundna hjärtslag

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Besvär med andningen/andfåddhet, både vid ansträngning och i vila

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Bröstmärta.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Huvudvärk

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Koncentrationssvårigheter

Inga symptom

Värsta tänkbara

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Muskelsmärter

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Illamående

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Mag-och tarmbesvär (ont i magen, diarré, förstoppning)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Onormal trötthet som inte går över efter vila.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Sömnsvårigheter

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10