

Namn:.....

Personnummer:.....

Datum:.....

Uppföljning av ämnesomsättning

Sätt ett kryss vid Ja eller Nej efter varje symtom och returnera svaret till din läkare på vårdcentralen.

UPPLEVDA SYMTOM (under de senaste 3 månaderna)	Ja	Nej
Darrningar i händer		
Hög puls/hjärtklappning		
Långsam puls		
Onormala svettningar		
Torr hud/torrt hår		
Varm hud		
Frusenhet		
Lösare avföring/diarré		
Hårdare avföring/förstoppning		
Ofrivillig viktnedgång		
Ofrivillig viktuppgång		
Ökad svullnadstendens/ödem		
Trötthet/nedsatt ork		
Nedstämdhet		
Sämre minne		
Led- och muskelsmärta		