

Dagbok över WED/RLS-symtom

Om du tror att du har Willis-Ekbom Disease (även kallads Restless Legs Syndrom) är det viktigt att du bokar tid med din läkare.

Innan du går till din läkare, fyll i nedanstående symptomdagbok. Sammanfatta sedan dina erfarenheter och ta med på läkarbesöket. Se dessutom till att du har en lista över andra mediciner, (namn, doseringstidpunkter och doser), du ev. tar.

Ta gärna med dig en vän, make eller annan familjemedlem på läkarbesöket, så att det finns en som hjälper dig att ta in all information du får från din läkare och eventuellt kan berätta om dina ben och/eller armar rör sig när du sover.

Symtomdagbok

Att fyllas i när du vaknat:	Dag:	Dag:	Dag:	Dag:
Dagens datum:				
Jag vaknade idag klockan...				
Jag gick till sängs i går kväll klockan...				
Jag vaknade upp så här många gånger under natten och var vaken totalt (skriv antal ggr/total tid):				
Av gångerna jag vaknade under natten, så gick jag så här många gånger på toaletten:				
Jag sov så här länge i natt:				
Kompletteras strax innan läggdags:				
Idag började jag känna mina WED/RLS symtom under...	<input type="checkbox"/> Tidig morgon <input type="checkbox"/> Förmiddag <input type="checkbox"/> Mitt på dagen <input type="checkbox"/> Eftermiddagen <input type="checkbox"/> Kvällen <input type="checkbox"/> Natten <input type="checkbox"/> Sen natt	<input type="checkbox"/> Tidig morgon <input type="checkbox"/> Förmiddag <input type="checkbox"/> Mitt på dagen <input type="checkbox"/> Eftermiddagen <input type="checkbox"/> Kvällen <input type="checkbox"/> Natten <input type="checkbox"/> Sen natt	<input type="checkbox"/> Tidig morgon <input type="checkbox"/> Förmiddag <input type="checkbox"/> Mitt på dagen <input type="checkbox"/> Eftermiddagen <input type="checkbox"/> Kvällen <input type="checkbox"/> Natten <input type="checkbox"/> Sen natt	<input type="checkbox"/> Tidig morgon <input type="checkbox"/> Förmiddag <input type="checkbox"/> Mitt på dagen <input type="checkbox"/> Eftermiddagen <input type="checkbox"/> Kvällen <input type="checkbox"/> Natten <input type="checkbox"/> Sen natt
Mina symptom var då så här allvarliga (1 lättast – 5 svårast) ...				
Jag tar följande läkemedel under dagen (Skriv sjukdom/ läkemedel/dos):	<input type="checkbox"/> Tidig morgon	<input type="checkbox"/> Tidig morgon:	<input type="checkbox"/> Tidig morgon:	<input type="checkbox"/> Tidig morgon:
	<input type="checkbox"/> Förmiddag	<input type="checkbox"/> Förmiddag	<input type="checkbox"/> Förmiddag	<input type="checkbox"/> Förmiddag



WED FÖRBUNDET

Jag tar följande läkemedel under dagen (Skriv sjukdom/ läkemedel/dos): (forts.)	<input type="checkbox"/> Mitt på dagen	<input type="checkbox"/> Mitt på dagen	<input type="checkbox"/> Mitt på dagen	<input type="checkbox"/> Mitt på dagen
	<input type="checkbox"/> Eftermiddagen	<input type="checkbox"/> Eftermiddagen	<input type="checkbox"/> Eftermiddagen	<input type="checkbox"/> Eftermiddagen
	<input type="checkbox"/> Kvällen	<input type="checkbox"/> Kvällen	<input type="checkbox"/> Kvällen	<input type="checkbox"/> Kvällen
Idag var jag aktiv (rörde på mig/ tränade/promenerade) så här länge:				
Andra kommentarer:				