

# SWEAPS - EA Nationell vårdprogramskontroll

Personnummer \_\_\_\_\_

Datum för nationell  
vårdprogramskontroll : \_\_\_\_\_

Vikt \_\_\_\_\_ kg

Längd \_\_\_\_\_ cm

Vilken vårdprogramskontroll gäller  
registreringen:

- 1 år
- 3-4 år
- 7 år
- 12 år
- 15 år

Läkarbedömning sedan föregående nationella vårdprogramskontroll

**Gastroesofagealreflux \***

- Ja
- Nej

**Sjukhuskrävande pneumonie**

- Ja
- Nej

**Sväljningssvårigheter\***

- Ja
- Nej

**Läkardiagnosticerad astma**

- Ja
- Nej

Vid nationell vårdprogramskontroll.

**Har gastrostomi**

- Ja
- Nej

Pågående medicinering vid nationell vårdprogramskontroll

**Antirefluxmedicin:**

- Ja
- Nej

**Inhalationssteroid:**

- Ja
- Nej

**Bronkodilaterare:**

- Ja
- Nej

**Om Ja Intag Antirefluxmedicin**

- Vid behov
- Kontinuerlig

**Om Ja Intag Inhalationssteroid**

- Vid behov
- Kontinuerlig

**Om Ja Intag Bronkodilaterare**

- Vid behov
- Kontinuerlig

Behandling sedan föregående nationella vårdprogramskontroll

**Behov av luftvägsantibiotika:**

- Ja
- Nej

**Reoperation refistulering:**

- Ja
- Nej

**Aortopexi:**

- Ja
- Nej

**Antal dilatationer av esofagus:** \_\_\_\_\_

**Reoperation anastomosresektion/  
reanastomos:**

- Ja
- Nej

**Trakeostomi:**

- Ja
- Nej

**Genomgått antirefluxkirurgi:**

- Ja
- Nej

**Genomgått trakeoskopi**

- Ja
- Nej

# SWEAPS - EA Nationell vårdprogramskontroll

Refluxindex (tid pH<4%)

Distal: \_\_\_\_\_

## Gastroskopi

### PAD vid gastroskopi

- Ja  
 Nej

### Intestinal metaplasia:

- Ja  
 Nej

### Gradering esofagit enligt 0-3 Ismail-Beigi :

- 0  
 1  
 2  
 3

## Åtgärd i samband med nationell vårdprogramskontroll

### Utredning av luftvägssymtom:

- Ja  
 Nej

### Förändring eller påbörjan av antirefluxmedicinering

- Ja  
 Nej

### Annat

- Ja  
 Nej

### Utredning av gastroesofageal refluxsjukdom

- Ja  
 Nej

### Planerad dilatation av esofagus

- Ja  
 Nej

## Vid 7 och 15 års kontroll

### Läkardiagnosticerad skolios:

- Ja  
 Nej

### Vingscapulae:

- Ja  
 Nej

### **Gastroesofagealreflux**

Om patienten har/har haft minst ett av följande:

- Halsbränna
- Sura uppstötningar
- Kräkningar hos barn under 3 år
- Återkommande lunginflammation på grund av påvisad aspiration
- Beroende av antacida/PPI för symtomfrihet

### **Sväljningssvårigheter**

Om patienten har/har haft ett av följande kriterier:

- Det fastnar mat i halsen minst 1 gång i månaden så att barnet får smärta
- sätter i halsen
- kräks
- behöver avbryta måltiden för att svälja ned
- undviker specifik mat på grund av att det fastnar mat under en måltid

Obs, de patienter som har ett ökat vätskeintag i samband med måltid och då fungerar väl inkluderas ej i ett JA.