

**Spørgeskema dag 1**

Dato (ddmmyy) \_\_\_\_\_

Er du blevet rask: Ja , du behøver ikke at udfylde flere sider.  
Spørgeskemaet indsendes dag 10.  
Nej , udfyld venligst nedenstående og næste dag

Antal afføringer dags dato \_\_\_\_\_ Skriv antal

Jeg har indtaget forsøgsmedicin dags dato  (sæt kryds)

Har du haft: (Husk at afkrydse alle felter med enten nej eller ja)	Nej	Ja	Evt. kommentarer
Vandig afføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Slimet afføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blodig afføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Natlig diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temperatur _____ C°
Kulderysteler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opkastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal _____
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Svimmelhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mavesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muskelsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vægttab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, din angiv vægt _____ kg

Andre symptomer  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Bivirkninger:  Ja Nej Hvilken, hvilke  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Spørgeskema dag 2**

Dato (ddmmyy) \_\_\_\_\_

Er du blevet rask: Ja , du behøver ikke at udfylde flere sider.  
Spørgeskemaet indsendes dag 10.  
Nej , udfyld venligst nedenstående og næste dag

Antal afføringer dags dato \_\_\_\_\_ Skriv antal

Jeg har indtaget forsøgsmedicin dags dato  (sæt kryds)

Har du haft: (Husk at afkrydse alle felter med enten nej eller ja)	Nej	Ja	Evt. kommentarer
Vandig afføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Slimet afføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blodig afføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Natlig diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temperatur _____ C°
Kulderystelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opkastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal _____
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Svimmelhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mavesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muskelsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vægttab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, din angiv vægt _____ kg

Andre symptomer  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Bivirkninger:  Ja Nej Hvilken, hvilke  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Spørgeskema dag 3**

Dato (ddmmyy) \_\_\_\_\_

Er du blevet rask: Ja , du behøver ikke at udfylde flere sider.  
Spørgeskemaet indsendes dag 10.  
Nej , udfyld venligst nedenstående og næste dag

Antal afføringer dags dato \_\_\_\_\_ Skriv antal

Jeg har indtaget forsøgsmedicin dags dato  (sæt kryds)

Har du haft: (Husk at afkrydse alle felter med enten nej eller ja)	Nej	Ja	Evt. kommentarer
Vandig afføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Slimet afføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blodig afføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Natlig diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temperatur _____ C°
Kulderysteler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opkastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal _____
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Svimmelhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mavesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muskelsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vægttab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, din angiv vægt _____ kg

Andre symptomer  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Bivirkninger:  Ja Nej Hvilken, hvilke  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Spørgeskema dag 4**

Dato (ddmmyy) \_\_\_\_\_

Er du blevet rask: Ja , du behøver ikke at udfylde flere sider.  
Spørgeskemaet indsendes dag 10.  
Nej , udfyld venligst nedenstående og næste dag

Antal afføringer dags dato \_\_\_\_\_ Skriv antal

Har du haft:  
(Husk at afkrydse alle felter  
med enten nej eller ja)

Nej Ja

Evt. kommentarer

Vandig afføring

Slimet afføring

Blodig afføring

Natlig diarré

Feber

Temperatur \_\_\_\_\_ C°

Kulderysteler

Kvalme

Opkastning

Antal \_\_\_\_\_

Hovedpine

Svimmelhed

Mavesmerter

Muskelsmerter

Vægttab

Hvis ja, din angiv vægt \_\_\_\_\_ kg

Andre symptomer

Bivirkninger:  Ja Nej 

Hvilken, hvilke

**Spørgeskema dag 5**

Dato (ddmmyy) \_\_\_\_\_

Er du blevet rask: Ja , du behøver ikke at udfylde flere sider.  
Spørgeskemaet indsendes dag 10.  
Nej , udfyld venligst nedenstående og næste dag

Antal afføringer dags dato \_\_\_\_\_ Skriv antal

Har du haft:  
(Husk at afkrydse alle felter  
med enten nej eller ja)

Nej Ja

Evt. kommentarer

Vandig afføring

Slimet afføring

Blodig afføring

Natlig diarré

Feber

Temperatur \_\_\_\_\_ C°

Kulderysteler

Kvalme

Opkastning

Antal \_\_\_\_\_

Hovedpine

Svimmelhed

Mavesmerter

Muskelsmerter

Vægttab

Hvis ja, din angiv vægt \_\_\_\_\_ kg

Andre symptomer

Bivirkninger:  Ja Nej 

Hvilken, hvilke

**Spørgeskema dag 6**

Dato (ddmmyy) \_\_\_\_\_

Er du blevet rask: Ja , du behøver ikke at udfylde flere sider.  
Spørgeskemaet indsendes dag 10.  
Nej , udfyld venligst nedenstående og næste dag

Antal afføringer dags dato \_\_\_\_\_ Skriv antal

Har du haft:  
(Husk at afkrydse alle felter  
med enten nej eller ja)

Nej Ja

Evt. kommentarer

Vandig afføring

Slimet afføring

Blodig afføring

Natlig diarré

Feber

Temperatur \_\_\_\_\_ C°

Kulderysteler

Kvalme

Opkastning

Antal \_\_\_\_\_

Hovedpine

Svimmelhed

Mavesmerter

Muskelsmerter

Vægttab

Hvis ja, din angiv vægt \_\_\_\_\_ kg

Andre symptomer

Bivirkninger:  Ja Nej 

Hvilken, hvilke

**Spørgeskema dag 7**

Dato (ddmmyy) \_\_\_\_\_

Er du blevet rask: Ja , du behøver ikke at udfylde flere sider.  
Spørgeskemaet indsendes dag 10.  
Nej , udfyld venligst nedenstående og næste dag

Antal afføringer dags dato \_\_\_\_\_ Skriv antal

Har du haft:  
(Husk at afkrydse alle felter  
med enten nej eller ja)

Nej Ja

Evt. kommentarer

Vandig afføring

Slimet afføring

Blodig afføring

Natlig diarré

Feber

Temperatur \_\_\_\_\_ C°

Kulderysteler

Kvalme

Opkastning

Antal \_\_\_\_\_

Hovedpine

Svimmelhed

Mavesmerter

Muskelsmerter

Vægttab

Hvis ja, din angiv vægt \_\_\_\_\_ kg

Andre symptomer

Bivirkninger:  Ja Nej 

Hvilken, hvilke

**Spørgeskema dag 8**

Dato (ddmmyy) \_\_\_\_\_

Er du blevet rask: Ja , du behøver ikke at udfylde flere sider.  
Spørgeskemaet indsendes dag 10.  
Nej , udfyld venligst nedenstående og næste dag

Antal afføringer dags dato \_\_\_\_\_ Skriv antal

Har du haft:  
(Husk at afkrydse alle felter  
med enten nej eller ja)

Nej Ja

Evt. kommentarer

Vandig afføring  Slimet afføring  Blodig afføring  Natlig diarré  Feber  

Temperatur \_\_\_\_\_ C°

Kulderysteler  Kvalme  

Antal \_\_\_\_\_

Opkastning  Hovedpine  Svimmelhed  Mavesmerter  Muskelsmerter  Vægttab  

Hvis ja, din angiv vægt \_\_\_\_\_ kg

Andre symptomer \_\_\_\_\_

Bivirkninger:  Ja Nej 

Hvilken, hvilke \_\_\_\_\_



**Spørgeskema dag 9**

Dato (ddmmyy) \_\_\_\_\_

Er du blevet rask: Ja , du behøver ikke at udfylde flere sider.  
Spørgeskemaet indsendes dag 10.  
Nej , udfyld venligst nedenstående og næste dag

Antal afføringer dags dato \_\_\_\_\_ Skriv antal

Har du haft:  
(Husk at afkrydse alle felter  
med enten nej eller ja)

Nej Ja

Evt. kommentarer

Vandig afføring

Slimet afføring

Blodig afføring

Natlig diarré

Feber

Temperatur \_\_\_\_\_ C°

Kulderysteler

Kvalme

Opkastning

Antal \_\_\_\_\_

Hovedpine

Svimmelhed

Mavesmerter

Muskelsmerter

Vægttab

Hvis ja, din angiv vægt \_\_\_\_\_ kg

Andre symptomer

Bivirkninger:  Ja Nej 

Hvilken, hvilke

**Spørgeskema dag 10**

Dato (ddmmyy) \_\_\_\_\_

Er du blevet rask: Ja , du behøver ikke at udfylde flere sider.  
Spørgeskemaet indsendes dag 10.  
Nej , udfyld venligst nedenstående og næste dag

Antal afføringer dags dato \_\_\_\_\_ Skriv antal

Har du haft:  
(Husk at afkrydse alle felter  
med enten nej eller ja)

Nej Ja

Evt. kommentarer

Vandig afføring

Slimet afføring

Blodig afføring

Natlig diarré

Feber

Temperatur \_\_\_\_\_ C°

Kulderysteler

Kvalme

Opkastning

Antal \_\_\_\_\_

Hovedpine

Svimmelhed

Mavesmerter

Muskelsmerter

Vægttab

Hvis ja, din angiv vægt \_\_\_\_\_ kg

Andre symptomer

Bivirkninger:  Ja Nej 

Hvilken, hvilke