

Kolontransitundersökning (OATT)

Namn: _____

Personnummer: _____

Mätperiod kolontransitundersökning (datum): _____

Datum röntgen: _____

- Anteckna varje avföringstillfälle i tabellen nedan med ett X
- Anteckna även dina symtom för varje dag (buksmärta, buksvullnad, gasavgång, övriga magbesvär) i de två sista kolumnerna i tabellen nedan enligt graderings-skalan till höger:



0 = inga besvär
1 = lätta besvär
2 = medelsvåra besvär
3 = svåra besvär

Datum och tidpunkt	Separata hårda klumpar som liknar nötter Typ 1 	Korvformad med klumpar Typ 2 	Liknar en korv med sprickor på utsidan Typ 3 	Liknar en korv, smidig och mjuk Typ 4 	Mjuka klumpar med skarpa kanter Typ 5 	Småbitar Typ 6 	Vattnig utan klumpar Typ 7 	Symtom: buksmärta, buksvullnad, gasavgång, övriga magbesvär	Gradera dina symtom från 0-3 enligt graderings-skalan ovan

Kommentarer (t.ex. specialkost):