

- \* markera (genom att dubbelklicka på *E form*) på den relevanta för ditt tillstånd alternativ om ditt svar är "ja"
- \* lämna tomt om svaret är "nej"
- \* fyll i från vänster till höger

## Anamnes (sjukdomshistoria) M

### 1. Allmän Information

-----1.1

- \* förnamn, efternamn:
- \* födelsedatum:
- \* personnummer:
- \* datum för den 1: a (planerade) besök:

-----1.2

- \* adress:
- \* telefon (du föredrar att nås):
- \* e-post:
- \* sysselsättning:

-----1.3

- \* höjd:
- \* vikt:

-----1.4

- \* blodtryck, BT: normal, om hög /låg (ange dina typiska BT avläsningar):

-----1.5

- \* yrkes problem, (om ditt arbete utsätter dig till följande):

- \* stress
- \* exponering för vind / kyla / värme / fukt / torra
- \* negativ miljöpåverkan (vilken):
- \* dator (långvarig användning)
- \* långvarigt sittande
- \* tunga lyft
- \* nattskift
- \* andra:

-----1.6

- \* motion:

- \* regelbunden
- \* oregelbunden
- \* omfattande övning
- \* ingen motion

-----1.7

- \* vattenintag ( kaffe / te, juice , soppa och läskedrycker inte anses som rent vatten )

- \* ca glas per dag:

-----1.8

- \* diet:

- |                          |                   |             |
|--------------------------|-------------------|-------------|
| * regelbundet födointag  | * lågkalori       | * vegan     |
| * oregelbundet födointag | * hög proteinhalt | * hög fiber |
| * låg fetthalt           | * vegetarian      | * andra:    |

-----1.9

- \* stimulantia:

- \* koffein:

- \* kaffe (koppar / dag):
- \* svart / grönt te (koppar / dag):
- \* läskedryck (hur ofta):
- \* energidryck (hur ofta):
- \* kolsyrad drick (hur ofta):
- \* choklad drick (hur ofta):

- \* efedrin:

- \* nikotin: dåtid, nutid
- \* alkohol missbruk: dåtid, nutid
- \* alkohol: (om närvarande konsumerar, hur ofta och hur mycket):
- \* droger: dåtid, nutid

-----1.10

- \* hur viste du om oss:

- |            |            |
|------------|------------|
| * reklam   | * vän      |
| * internet | * referens |
| * läkare   | * andra:   |

- \* markera (genom att dubbelklicka på *E form*) på den relevanta för ditt tillstånd alternativet om ditt svar är "ja"  
\* lämna tomt om svaret är "nej"  
\* fyll i från vänster till höger

## 2. Huvudsakliga besvär

2.1

### \* huvudsakliga besvär ( i prioritetsordning till dig)

- \* märk intensiteten av besväret (i slutet av den beskrivning), som: **-L-**, lätt; **-M-**, måttlig; **-S-**, svår

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

2.2

### \* ange om ditt tillstånd är:

- \* akut (ett nyligen inträffat tillstånd som kan komma och gå, men har inte funnits längre än tre månader)
- \* kronisk (varar längre än 3 månader)
- \* akut på kronisk (akut förvärrande av ett långvarigt tillstånd)

2.3

### \* har du fått en medicinsk diagnos för ditt besvär ? ja /nej

- \* om ja, ange vilken diagnos:

2.4

### \* hur har detta tillstånd inträffat (ange datum om möjligt)

- \*
- \*

2.5

### \* karaktär av smärta (specificera och / eller understryka mer än ett alternativ om det behövs)

- \* lokalisering:
  - \*
- \* kvalitet:
  - \* sveda, brännande, bultande, dov, ömmande, kvardröjande, väl lokaliserad, strålande, vandrar till olika ställe
  - \* + tyngd känsla , + stickningar, + kall känsla
- \* intensitet:
  - \* lätt, måttlig; svår
- \* debut:
  - \* långsam, plötslig
- \* frekvens:
  - \* konstant, intermittent
- \* tidpunkt:
  - \* morgon, eftermiddag, kväll, natt, utan inbördes tid
- \* utlösande faktorer:
  - \* överanvändning/ överansträngning, stilla läge, vissa kroppsställningar , andra:

2.6

### \* ditt tillstånd /smärta förvärras av:

- |                        |                              |                            |
|------------------------|------------------------------|----------------------------|
| * rörelse / vila       | * tid på dagen(ange vilken): | * klimat(ange vilken):     |
| * varm / kall kompress | * tid på året(ange vilken):  | * känslor                  |
| * tryck                |                              | * särskilda omständigheter |

### \* ditt tillstånd /smärta lindras av:

- \* rörelse / vila
- \* varm / kall kompress
- \* tryck

2.7

### \* har du fått medicinsk behandling(ar) för detta tillstånd, om ja, ange vilken (vilka):

- \*

2.8

### \* har du fått en alternativ medicin behandling(ar) för detta tillstånd, om ja, ange vilka:

- |              |  |                |
|--------------|--|----------------|
| * akupunktur | * TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) | * homeopati    |
| * moxa       | * varm/kall kompress                                 | * kiropraktik  |
| * Gua Sha    | * salvor   | * magnetterapi |
| * koppning   | * ört behandling                                     | * Ayurveda     |
| * massage    |  | * andra:       |

### \* vilka behandlingar (i förekommande fall) lindrade detta tillstånd mest?

- \*

\* markera (genom att dubbelklicka på *E form*) på den relevanta för ditt tillstånd alternativet om ditt svar är "ja"

\* lämna tomt om svaret är "nej"

\* fyll i från vänster till höger

### 3. Privat Medicinsk Historia

3.1

\* har du en blodburen sjukdom:

\* HIV, hepatit B, hepatit C, andra:

3.2

\* har du:

\* metallimplantat (inkludera inte tandimplantat), lokalisering?:

\* pacemaker

3.3

\* har du följande medicinska tillstånd:

\* autoimmuna sjukdomar:

\* celiaki/ glutenintolerans

\* alopecia areata

\* Guillain-Barrés syndrom

\* myasthenia gravis

\* multipel skleros

\* reumatoid artrit

\* typ 1 diabetes

\* giftstruma

\* systemisk lupus

erythematosus

\* sköldkörtelsjukdom

\* vitiligo

\* primär ovariell insufficiens

\* andra:

\* andningsproblem: emfysem, bronkit

\* anorexi / bulimi

\* artrit

\* astma

\* blödningstendens

\* bursit

\* cancer (ange vilken typ):

\* depression

\* diabetes

\* epilepsi

\* födoämnesintolerans/  
överkänslighet (ex.: laktos intolerans;

inte att förväxla med

födoämnesallergi)

\* huvudvärk

\* hepatit

\* kardiovaskulära sjukdomar

(inkludera medfödda hjärtfel,

pacemaker, stent)

\* kramper

\* leversjukdom

\* migrän

\* njursvikt

\* neurologisk sjukdom

\* psykiatriska sjukdomar

\* ryggbesvär

\* stroke

\* sömnlöshet

\* svimning

\* tuberkulos

\* vikt problem

\* ångest

\* andra:

3.4

\* operation/trauma (fysisk och emotionell) /sjukhusvistelser du har haft ( ange tid då problemet inträffade):

\*

3.5

\* allergier mot (stryka vilken, och/ eller ange allergener):

\* födoämnes allergi:

\* miljö: djur päls, mögel, insekter,

insektstick

\* årstidernas växlingar:

\* läkemedelsöverkänslighet:

\* kemikalier:

\* nickel allergi

\* metall allergi

\* el allergi

\* lukter

\* andra:

3.6

\* mediciner:

\* ange alla mediciner du använder (på recept och receptfria)

\*(glöm inte inhalatorer, ögondroppar, nässprayer, krämer)

\* namn:

\* dos:

\* ändamål:

\* hur länge:

\* hur ofta:

\* sista intag:

3.7

\* kosttillskott (vitaminer, mineraler, metabolism förstärkare, viktminskning piller, humörhöjande, örter, teer, andra:)

\* namn:

\* ändamål:

\* hur länge:

\* dos:

\* hur ofta:

\* sista intag:

### Familj Medicinsk Historia

\* beteckna sjukdomar (om sådana fanns) som påverkat: dina föräldrar som: "f" \*, dina farföräldrar som "ff"

3.8

\* AIDS/HIV:

\* alkohol missbruk:

\* autoimmuna sjukdomar:

\* anorexi / bulimi:

\* artrit: :

\* astma

\* cancer (ange vilken typ):

\* depression:

\* diabetes:

\* epilepsi:

\* huvudvärk:

\* hepatit:

\* kardiovaskulära sjukdomar) :

\* leversjukdom:

\* migrän:

\* njursvikt:

\* psykiatriska sjukdomar:

\* ryggbesvär:

\* stroke:

\* tuberkulos:

\* vikt problem:

\* andra:

- \* markera (genom att dubbelklicka på *E form*) på den relevanta för ditt tillstånd alternativet om ditt svar är "ja"
- \* lämna tomt om svaret är "nej"
- \* fyll i från vänster till höger

#### 4. Systematisk förhör om olika organsystem

4.1

##### \* kroppstemperatur:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| * fryser lätt                            | * känsla av värme i ansiktet                             | * morgonfeber                                  |
| * kalla händer / fötter / både           | * varma handflator och fotsulor                          | * nattfeber                                    |
| * kalla knän                             | * känsla av värme på kvällen                             | * växlande feber/frossa                        |
| * känsla av kyla i nedre delen av ryggen | * låg feber  | * fixerad feber/värmekänsla mellan 15.00-17.00 |
| * känsla av kyla i hela kroppen          | * låggradig eftermiddags feber                           |  |
| * känsla av värme i hela kroppen         | * feber på eftermiddagen + varma handflator och fotsulor |  |

4.2

##### \* svettning:

- \* **när:** dag, natt, både natt och dag, viss tidpunkt (ange vilken tid):
- \* **var:** händer, fötter, bara palmer, bara sulor, armar, ben, hela kroppen, överkroppen, bröst, huvud
- \* **mängd:** rikligt, lite
- \* **kvalitet:**
  - \* klubbigt som oljedroppar, kall, varm, gulaktig
  - \* kalla lemmar efter svettning

4.3

##### \* sömn:

- |                         |                                 |                   |
|-------------------------|---------------------------------|-------------------|
| * normal                | * svårt att vakna               | * snarkning       |
| * sömnighet på dagtid   | * vaknar upp nattetid           | * livliga drömmar |
| * svårigheter att somna | * vaknar upp tidigt på morgonen | * mardrömmar      |

4.4

##### \* törst:

- |  |   |
|--|---|
| * normal   | * föredrar att dricka kallt / varmt vatten / drycker            |
| * överdriven, önskan att dricka i stora klunkar(polydipsi)                   | * + muntorrhet, men föredrar bara att skölja munnen inte dricka |
| * överdriven, men ingen lust att dricka, eller lust att dricka i små klunkar | * + torr hals   |
| * endast nattetid  | * + dricker mycket vatten + riklig och täta urinträngningar     |

4.5

##### \* aptit:

- |               |                                    |
|---------------|------------------------------------|
| * normal      | * föredrar varm/ kall mat          |
| * dålig       | * föredrar vissa livsmedel/smaker: |
| * stor hunger | * sött, surt, beskt, salt, kryddig |

4.6

##### \* matspjälkning:

- |                                  |                                     |                                  |
|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| * trög                           | * återflöde / halsbränna            | * <b>smärta</b> (ange plats):    |
| * fullhet sensation efter måltid | * illamående före / efter födointag | * övre delen av buken            |
| * trötthet efter födointag       | * kräkningar                        | * nedre delen av buken           |
| * uppblåsthet känsla             | * gaser                             | * sidor av buken                 |
| * rapningar                      | * svårt att smälta fet mat          | * före / under / efter födointag |

4.7

##### \* avföring:

- |                                |                                      |  |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| * regelbunden/ oregelbunden    | * förekomst av osmält mat            | * <b>smärta:</b> före / under / efter tömning            |
| * mer än 3 gånger per dag      | * + skarp / stark lukt               | * + blod: innan/under/efter tömning                      |
| * mindre än 3 gånger per vecka | * tunn, + lång                       | * <b>färg:</b> svart, mörk, gulaktig, mörkgul, grönaktig |
| * normal/ hårt/ torr /lös      | * rundade (som get avföring)         |  |
| * torr först, sedan lös        | * känsla av ofullständig tarmtömning |  |
| * omväxlande lös/hårt...       | * känsla av utmattning efter tömning |  |
| * + slem                       |                                      |  |
| * + gul var                    |                                      |  |

4.8

##### \* diarré:

- |                              |                           |                           |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| * långsam /explosiv          | * akut                    | * + skarp / stark lukt    |
| * <b>färg:</b> mörk/ ljusgul | * kronisk                 | * brännande känsla i anus |
| * <b>smärta:</b>             | * vattnig                 | * + svullnad i buken      |
| * före /under /efter tömning | * + osmält mat i avföring | * + rapningar, + gaser    |
|                              | * + gul var               |                           |

**\* förstoppning:**

- \* kronisk
- \* tillfällig
- \* + torr avföring, + törst
- \* normal avföring, men svårt tömning, + trötthet efter tömning + svettning efter tömning

- \* normal avföring, men frånvaron av tömning i flera dagar
- \* torr avföring, således svårt tömma + trötthet efter tömning
- \* + kramp smärta i buken
- \* ej torr, men lik kulor i form

**\* anus:**

- \* sprickor
- \* klåda
- \* prolaps

- \* sjunkande känsla i anus när tömmer
- \* hemorrojder

**\* urinering:****\* smärta:**

- \* sveda
- \* innan urinering
- \* under urinering
- \* efter urinering
- \* i nedre delen av buken, korsbenet
- \* + svårigheter vid urinering

**\* klarhet:**

- \* klart
- \* grumlig
- \* klar + vitt slem
- \* närvaron av blod
- \* närvaron av sand

**\* frekvens:**

- \* frekvent
- \* frekvent + brådskande + smärtsam
- \* frekvent + knappa

**\* inkontinens/enures**

- \* ansträngningsinkontinens (läckage av små mängder urin vid skrott, hosta, nysningar, motion)
- \* trängningsinkontinens (oförmåga att kontrollera urinering)
- \* nattlig *enures* (nattetid söngvätning)
- \* + tandagnisslan natt

**\* mängd:**

- \* rikligt (med normal vattenintag)
- \* lite (med normal vattenintag) (oliguri)
- \* lite + smärtsam + frekvent + mörkgul urin

**\* anuri** (frånvaro av urinering)**\* nokturi** (vaknar på natten en eller flera gånger för tömning)

- \* svag ström vid urinering
- \* svårighet vid urinering + ödem + svullnad i vissa delar av kroppen
- \* lätt darrning efter urinering

**\* färg:**

- \* normal: ljusgul
- \* vit (ingen gul närvarande)
- \* mörkgul
- \* rödgult
- \* mörkröd

**\* huvudvärk / migrän:**

- \* kronisk, tillfällig

**\* smärtans karaktär:**

- \* bultande
- \* sveda
- \* pulserande
- \* dov
- \* + känsla av tyngd i huvudet
- \* + känsla av tomhet
- \* + occipital (intill halsen)styvhet
- \* + axlar och nackstelhet
- \* + yrsel

- \* stark, påtaglig, lätt

**\* frekvens:**

- \* konstant, intermittent

**\* tidpunkt:**

- \* morgon, eftermiddag, kväll, utan inbördes tid

**\* debut:**

- \* långsam, plötslig

**\* utlösande faktorer:**

- \* ilska
- \* påkänning
- \* överaktivitet
- \* lite rörelser
- \* horisontell kroppsställning
- \* efter sexuell aktivitet
- \* efter måltid
- \* efter sur mat
- \* före / efter / under menstruationen
- \* fuktigt väder
- \* andra:

**\* lokalisering:**

- \* hela huvudet
- \* frontal (på pannan)
- \* occipital
- \* toppunkt
- \* bakom ögonen
- \* tempel / sidor / bakom öronen (en sida eller båda)

**\* intensitet:****\* yrsel:**

- \* **debut:** plötslig / gradvis
- \* + tyngdkänsla och grumlig i huvudet, svårt att tänka o koncentrera sig speciellt på morgonen, blockerad känsla i bröstet, illamående
- \* yr ibland bara när man ändrar läge + sömnlöshet +

hjärtklappning + minnesproblem

\* ihållande yrsel + känsla tomhet i huvudet + tinnitus + depression

\* utlösande faktorer:

- \* markera (genom att dubbelklicka på *E form*) på den relevanta för ditt tillstånd alternativet om ditt svar är "ja"
- \* lämna tomt om svaret är "nej"
- \* fyll i från vänster till höger

## 5. Förhör om sinnesorgan

5.1

### \* ögon:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>synrubbingar</b> (ange vilka):</li> <li>* översynthet (<i>hyperopi</i>)</li> <li>* närsynthet (<i>myopi</i>)</li> <li>* glaukom (<i>grön starr</i>)</li> <li>* katarakt (<i>grå starr</i>)</li> <li>* skelning (<i>strabism</i>)</li> <li>* <i>astigmatism</i></li> <li>* andra:</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* suddig syn</li> <li>* prickar i synfältet</li> <li>* dubbelseende</li> <li>* utsöndring: gul, vit</li> <li>* ljuskänslighet</li> <li>* ögonvitan: röd, gul, blåaktigt</li> <li>* svullnad (övre / nedre ögonlock)</li> <li>* nedfallet övre ögonlock</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* ögonlock rodnad</li> <li>* klåda</li> <li>* tårar vid vind</li> <li>* torrhet</li> <li>* tics</li> <li>* smärta</li> </ul> |
|---|--|---|

5.2

### \* öron:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>tinnitus:</b></li> <li>* plötslig debut, hög tonhöjd</li> <li>* gradvis debut, låg tonhöjd</li> <li>* + blockering i örat</li> <li>* sus likt rytande ström eller dånet av en stor klocka, sämre/bättre i intervaller utlösas typiskt av ilska</li> <li>* + dövhet + smärta + svullnad</li> <li>* värre av överansträngning och på eftermiddag</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* + långvarigt sus/dövhet, sus som cikador som är värre på natten</li> <li>* sus/dövhet som är värre av överansträngning eller när man reser sig, en plötslig debut + tom o kall känsla i örat</li> <li>* hörselproblem</li> <li>* återkommande inflammationer</li> <li>* smärta</li> <li>* klåda:</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* + grov och sprucken hud på öron + fjällning ibland</li> <li>* överskott öronvax</li> <li>* känsla av tryck bakom örat</li> <li>* utsöndring</li> <li>* <b>blödning:</b></li> <li>* plötslig + smärta</li> <li>* långsam + lite, kommer i intervaller, ingen svullnad eller smärta</li> </ul> |
|---|--|---|

5.3

### \* näsa:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>* nästäppa</li> <li>* nysningar</li> <li>* återkommande inflammationer</li> <li>* svullnad</li> <li>* kall näsa</li> <li>* röd näsa</li> <li>* klåda</li> <li>* brännande smärta i näsgångarna</li> <li>* torra näsgångar</li> <li>* minskad förmåga att lukta</li> <li>* en onormalt akut luktsinne</li> <li>* oförmåga att lukta</li> <li>* snarkning</li> <li>* <b>utsöndringar:</b></li> <li>* rikligt, klar, torr</li> <li>* tjock, vattnig</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* gul, vit</li> <li>* + smärta</li> <li>* + rodnad, torrhet kring näsborrarna</li> <li>* + illaluktande näsa (dålig lukt kommer ut från näsan vid andning)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>näsblod (epistaxis):</b></li> <li>* lite blod, + feber</li> <li>* lite färskt rött blod, + torr smärtsam näsa</li> <li>* riklig färsk rött blod</li> <li>* ofta efter känslöstörning, riklig och klar röd eller karmosinröd blod</li> <li>* blek rött blod, långsam blödning, avstannar lätt, men börjar också lätt, återkommande</li> <li>* ej riklig, klar röd, kommer med oregelbundna intervaller, återkommande</li> </ul> |
|--|--|--|

5.4

### \* mun:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>* torrhet</li> <li>* sår</li> <li>* bitter smak</li> <li>* dålig smak</li> <li>* dålig andedräkt</li> <li>* saliv överflöd</li> <li>* svidande känsla på tungan</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* slemmig i munnen (som om det fanns smaklös, tunn gräddost i munnen):</li> <li>* blödande tandkött</li> <li>* tandkött atrofi (motsvarar också när tandköttet drar sig tillbaka)</li> <li>* röta tandkött</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* tandlossning (parodontit)</li> <li>* tandgnissling (bruxism):</li> <li>* tand smärta (som inte orsakas av karies)</li> <li>* karies</li> </ul> |
|---|--|---|

5.5

### \* läppar:

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>* färg: klarröd, blek, lila, blåaktigt</li> <li>* torrhet</li> <li>* sår</li> <li>* svullnad</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* sprickor</li> <li>* klåda</li> <li>* darriga läppar</li> </ul> |
|--|---|

- \* markera (genom att dubbelklicka på *E form*) på den relevanta för ditt tillstånd alternativet om ditt svar är "ja"
- \* lämna tomt om svaret är "nej"
- \* fyll i från vänster till höger

---

## 6. Andrology / Sexualitet

6.1

### \* sexuella dysfunktioner:

- \* frigiditet (= *libido* (sexuell lust) = minskad vilja till sex eller avsaknad av sexuell vilja)
- \* impotens (= erektil dysfunktion = oförmåga att utveckla eller bibehålla en erektion)
- \* anorgasmi (fördröjd / inhiberade utlösning)
- \* tidig utlösning
- \* pollution (spermatorrhoea, sädesvätska töms ur penis när man inte har samlag)
- \* nattlig pollution utan drömmar (← *njurarnas qi inte fast* ≈ *njure-yang xu*)
- \* nattlig pollution med drömmar (← *yang är inte rotad*)
- \* överdriven sexuell lust
- \* avsaknad av spermier i sädesvätskan
- \* lågt spermier antal
- \* kall, tunn spermier

6.2

### \* prostataproblem:

- \* prostatitis
- \* benign prostatahyperplasi (BPH) (= godartad prostataförstoring)

6.3

### \* infertilitet

6.4

### \* andra:

- \* priapism (långvarig och smärtsam erektion av penis)
  - \* inflammation i testiklarna
  - \* spermatocystitis
  - \* spermatocele (bildning av cystor i testikelområdet)
-

**\* kropp:**

- \* Shen
- \* mage Qi

**\* beläggning:**

- \* avsaknad → lokalisering:
- \* tjock, tunn
- \* **färg:** vit, gul, svart, grå → lokalisering:
- \* rot
- \* fuktig, torr, kladdig

**\* färg:**

- \* normal, rött, blek, lila, svart
- \* röda sidor, röd spets

**\* form:**

- \* tandavtryck
- \* skall form
- \* rullad, upphöjda sidor
- \* sned
- \* tunn/ svullen

\* lång/kort

\* domnad /

\* **stabilitet:** stel, slapp, darrande, rör sig\* **deformiteter** : utskott, fördjupning:

- \* missfärgningar, prickar, fläckar → lokalisering:
- \* sprickor → lokalisering:
- \* sår/blåsor → lokalisering:

**\* under tungan:**

- \* lyster: blek, gul
- \* gul färjad: i mitten/ sidor
- \* utskott
- \* **vener** ← blod cirkulation :
  - \* symmetri ← cirkulation ← stas xue
  - \* korta, smala, tjocka
  - \* för mörka ← stas xue
  - \* utgreningar ← stas xue
- \* **andra:**

**\* generell:**

- \* mage Qi
- \* Shen

**\* 3 nivåer:**

- \* yttlig ← **Yang**, hud + muskler → lungor + mjälte, nerver
- \* mitt ← **Qi**, senor + blodkärl → lever + hjärta, kärl
- \* djup ← **Yin**, ben → njurar, organvävnader

**\* 3 positioner:****\* vänster:**

1. **cun:** hjärta / SI / shanzhong
2. **guan:** lever / GB
3. **chi:** njurar / Bl / Tu

**\* höger :**

1. lunga / Tj
2. mjälte / mage
3. njure / urin blåsa / **livmoder, hjärtsäck / TB / Tj**

**\* 2 sidor:****\* vänster:**

- \* **Blod;** + bak position (chi) ← Qi njure-**Yin**

**\* höger :**

- \* 1-3 **Qi;** + Bak ← Qi njure-**Yang**

**\* kvalitet:**

- \* hastighet (snabb-långsam)
- \* nivå: (yttlig - djup)
- \* styrka (med- utan)
- \* diameter (tjock- tunn)
- \* spänd (med- utan)
- \* längd (lång - kort)
- \* rot (med - utan)
- \* rytm (med stopp, utan stopp, regelbundenhet/oregelbunden)
- \* form/ andra kvaliteter :

\* spänt/slapt, smärta, kallt/varmt, fuktigt/torrt, kittlig, kvarstående rodnad

**\* framsidan:**

- \* mu punkter
- \* organzoner
- \* meridian punkter
- \* ashi

\* extraordinära meridianer

**\* ryggen:**

- \* shu punkter
- \* kotpelaren
- \* organ zoner



Diagnos

2.1

\*

Terapi

3.1

\*