



## Behandling og forebygging

6. Dersom du har hatt symptomer de **siste 12 måneder**, hva har du brukt for å lindre smertene?

Kaldt bad eller våte omslag

Smertestillende/lindrende legemidler/kremer, hvilke:

Allergimedisin, hvilken:

Annet, hva:

7. Hvilke nye forholdsregler har du benyttet de **siste 12 måneder**, og eventuelt hvor god effekt synes du de har hatt? (f.eks å dekke seg til med klær, bruke spesialsolkrem, lysterapi osv.)

8. Bruker du D-vitamintilskudd/tran daglig?

Ja

Nei

9. Bekymrer du deg for å få nye episoder med EPP-symptomer?

Ikke i det  
hele tatt



I liten  
grad



I noen  
grad



I stor  
grad



I svært  
stor grad



## Tilrettelegging

10. Har du de **siste 12 måneder** hatt noen form for tilrettelegging eller tiltak på jobb/skole/i barnehage/bil/hjemme?

Nei

Ja, oppgi hvilke tiltak og hvor:

Ikke aktuelt

11. Har du de **siste 12 måneder** fått stønad til hjelpemidler du trenger på grunn av EPP-diagnosen?

Nei

Ja, oppgi hva slags stønad og hvilke hjelpemidler:

Ikke aktuelt

## Kontroll av porfyrisykdommen

12. Går du til kontroll for din porfyrisykdom?

- Nei → gå til spørsmål 18  
 Ja

13. Hvis ja, hvor går du til kontroll?

(sett kun ett kryss, hvis flere oppgi den som har hovedansvaret)

- Fastlege  
 Sykehusavdeling  
 Privatpraktiserende spesialist  
 Annen lege

14. Omtrent hvor ofte går du til en slik kontroll?

- Hver måned  
 Hver 3. måned  
 Hvert halvår  
 Hvert år  
 Sjeldnere enn hvert år

15. Hvilke undersøkelser/prøver blir tatt ved kontroll?

- Blodprøve til e-protoporfyrin (sendes NAPOS/Haukeland)  
 Andre blodprøver  
 Samtale/veiledning om f.eks. solbeskyttelse, leverfunksjon og D-vitamin  
 Vet ikke  
 Annet:

16. Når var du **sist gang** til kontroll hos lege på grunn av din porfyrisykdom?

måned:  årstall:

17. Var du fornøyd med oppfølgingen du fikk ved **denne** kontrollen?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Oppfølging

18. I hvilken grad er du fornøyd med den oppfølgingen du får for din porfyrisykdom **nå**?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Følgetilstander

19. Hvilke av disse sykdommene eller helseplagene har du **nå**, eller har du fått de **siste 12 måneder**?

(du kan sette flere kryss)

- Lav blodprosent  
 Jernmangel  
 Gallestein  
 Økte leververdier  
 Benskjørhet  
 Leversykdom, hvilken?

## Begrensninger

20. Hvor mye påvirker EPP livet ditt?

Vennligst sett en ring rundt det tallet som best samsvarer med din mening.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen påvirkning										Voldsom påvirkning

## Livskvalitet

21. Stort sett, vil du si at helsen din er:

Utmerket	Veldig god	God	Nokså god	Dårlig
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Utdanning og arbeid

22. Hva er din høyeste fullførte utdanning?

- Grunnskole
- Videregående skole
- Universitets- og høyskole kort (t.o.m. 4 år)
- Universitets- og høyskole lang (over 4 år)

23. Hva slags arbeidssituasjon har du nå? (sett ett eller flere kryss)

- Lønnet arbeid
- Langtidssykmeldt (mer enn 8 uker)
- Selvstendig næringsdrivende
- Arbeidsavklaringspenger
- Utdanning/militærtjeneste
- Uføretrygd, spesifiser andel:    %
- Hjemmeværende
- Alderspensjon
- Arbeidsledig/permittert
- Annet
- Korttidssykmeldt (8 uker eller mindre)

24. Hvis du er i lønnet arbeid, hvor stor stillingsprosent har du?    %

25. Har du de siste 12 måneder vært sykemeldt pga. porfyrisykdom?

- Nei
- Ja; hvor mange dager har du til sammen vært sykemeldt?     dager

## Legeopplysninger

26. Her kan du oppgi navn og adresse på legen du går til kontroll hos. Legen vil da få tilsendt informasjon med resultater fra registeret og anbefalinger om årlig kontroll.

Legens etternavn:  Legens fornavn:

Legens arbeidssted:

Postadresse:

Postnummer:     Poststed:

## Om utfyllingen

Skjema utfylt dato:   /   -

## Tusen takk for hjelpen!

Returner skjemaet i den ferdig frankerte svarkonvolutten, eller send til:  
Nasjonalt kompetansesenter for porfyrisykdommer (NAPOS), Avdeling for medisinsk biokjemi  
og farmakologi, Haukeland universitetssjukehus, Postboks 1400, 5021 BERGEN

