



For registeret:	Postnummer:
Dato utsendt: 06.01.2025	ID FM:
Dato mottatt:	ID Access:

Legekontrollskjema Porphyria cutanea tarda (PCT)

Skjemadel 1 – fylles ut av pasient

Pasientopplysninger

Fødselsnummer (11 siffer): Dato skjemadel 1 utfylt: / -

Navn: _____

Skjemadel 2 – fylles ut av lege

Opplysningene vil inngå i det nasjonale, medisinske kvalitetsregisteret Norsk porfyriregister. Skjemaet er utformet slik at det fungerer som et verktøy ved oppfølging av pasienter med porfyrisykdom.

• Ved PCT anbefales **årlige kontroller** inklusiv undersøkelse av porfyriener i urin, og lokalt analysert Hb, ferritin, HbA1c og ALAT.

Mer informasjon og rekvisisjonsskjema finnes på www.napos.no. Resultater fra Norsk porfyriregister publiseres årlig på www.kvalitetsregistre.no.

Årsak til legetimen:	Hvilke av disse undersøkelsene er/vil bli utført dette kalenderåret:	Ja	Nei
<input type="checkbox"/> Kontroll for PCT	Porfyriener i urin (<i>rekvisisjonsskjema finnes på www.napos.no</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nyoppståtte hudsymptomer	Hb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Behandling og oppfølging utenom rutinekontroll	Ferritin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annet, <i>spesifiser</i> : _____	HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	ALAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	Samtale/veiledning med pasient om risikofaktorer og forebygging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	Andre undersøkelser, <i>spesifiser</i> : _____		

Følges NAPOS sine anbefalinger for årlig kontroll? Ja Nei Ikke aktuelt

Benyttes NAPOS sine behandlingsretningslinjer for PCT? Ja Nei Ikke aktuelt

Kliniske opplysninger

Har pasienten symptomer på PCT i dag?

Ja Nei Vet ikke

Hvis ja, hvilke symptomer har pasienten?

- Blemmer i huden
 Sår/skjør hud
 Økt pigmentering
 Unormal hårvekst
 Kløe
 Rødbrun urin
 Annet: _____

Behandling og oppfølging

Har pasienten siste 12 måneder fått behandling med:

- Blodtapping
 Klorokin

Hvis behandlet, hva var årsak til behandlingen:

- Hudsymptomer
 Regelmessig forebyggende
 Forhøyet nivå av porfyriener i urin
 Forhøyet/stigende ferritin-verdier
 Annet: _____

Går pasienten til årlig kontroll for PCT?

Ja Nei Vet ikke

Når var pasienten til forrige kontroll?

Måned: År:

Legeopplysninger (fyll inn navn, arbeidssted og HPR-nummer; eller stempel)

Dato legetime: / - Dato utfylt: / -

Legens navn: _____

Arbeidssted: _____ HPR-nr: _____

Plass til stempel