

Skjemadel 2 fortsetter

Undersøkelser ved kontroll – anbefalt utført årlig hos pasienter med nåværende eller tidligere symptomatisk sykdom

Hvilke av disse undersøkelsene er/vil bli utført dette kalenderåret:	Ja	Nei
ALA og PBG i urin (rekvisisjonsskjema finnes på www.napos.no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serum kreatinin og estimert GFR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodtrykk – sys/dia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puls - pulsslag pr. min.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtale/veiledning med pasient om anfallsutløsende faktorer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre undersøkelser, spesifiser: _____		

Leverovervåkning - anbefalt utført to ganger årlig hos alle > 50 år	Ja	Nei	Vet ikke
Utføres det regelmessig bildeundersøkelse av lever mtp. primær leverkreft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja , hvilke undersøkelser er utført og med hvilken hyppighet?	Ja	Nei	Vet ikke
Ultral lyd lever.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hvis ja, hver ___ måned / hvert ___ år
MR lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hvis ja, hver ___ måned / hvert ___ år
CT lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hvis ja, hver ___ måned / hvert ___ år
Alfaføtoprotein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hvis ja, hver ___ måned / hvert ___ år
Følges NAPOS sine anbefalinger for årlig kontroll?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt
Er kritisk informasjon om diagnosen lagt inn i pasientens kjernejournal?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke

Levevaner siste 30 dager

Driker pasienten alkohol?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, hvor mange "enheter" pr. uke?	<input type="checkbox"/> < 1	<input type="checkbox"/> 1-5	<input type="checkbox"/> 6-10
	<input type="checkbox"/> 11-20	<input type="checkbox"/> > 20	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Snuser pasienten?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Ja, porsjonssnus: antall porsjoner pr. dag: _____
	<input type="checkbox"/> Ja, løssnus: antall porsjoner pr. dag: _____	<input type="checkbox"/> Snuser av og til	
Pasientens røykestatus:	<input type="checkbox"/> Aldri røykt	<input type="checkbox"/> Tidligere røyker	<input type="checkbox"/> Nåværende røyker
	<input type="checkbox"/> Røyker av og til	<input type="checkbox"/> Vet ikke	
Dersom pasienten røyker eller er tidligere røyker:	Antall sigaretter pr. dag: _____		<input type="checkbox"/> Vet ikke
	Alder ved røykestart: _____		<input type="checkbox"/> Vet ikke
	Alder ved evt. røykeslutt: _____		<input type="checkbox"/> Vet ikke
Har pasienten en spesiell kost/diett?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vegetarkost	<input type="checkbox"/> Vet ikke
	<input type="checkbox"/> Glutenfri kost	<input type="checkbox"/> Vegetarkost	
	<input type="checkbox"/> Diabeteskost	<input type="checkbox"/> Vegankost	
	<input type="checkbox"/> Fettreduert kost	<input type="checkbox"/> Annen kost: _____	
	<input type="checkbox"/> Lavkarbokost	_____	

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

Dato legetime: / - Dato utfyllt: / -

Legens navn: _____

Arbeidssted: _____ HPR-nr: _____

Plass til stempel

Tusen takk for hjelpen! Returner spørreskjemaet i den ferdig frankerte konvolutten, eller send til: Nasjonalt kompetansesenter for porfyrisykdommer (NAPOS), Avdeling for medisinsk biokjemi og farmakologi, Haukeland universitetssjukehus, Postboks 1400, 5021 Bergen