

Legekontrollskjema – Erytropoietisk protoporfyri (EPP)

EPP-E-1.3

Skjemadel 1 – fylles ut av pasient	Fylles ut av registeret:	
	Dato utsendt: _____	ID FM/Access: _____
		Dato mottatt: _____ Postnummer: _____
Pasientopplysninger		
Fødselsnummer (11 siffer):	<input type="text"/>	Dato legetime: <input type="text"/> / <input type="text"/> - <input type="text"/>
Navn: _____		Tlf.: <input type="text"/>

Skjemadel 2 – fylles ut av lege	
<p>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 porfyri sykdom.</p> <p>• Ved EPP anbefales minst årlige kontroller inklusiv analyse av erytrocytt protoporfyryn og undersøkelse av ALAT, γ-GT, PT-INR og vitamin D. Mer informasjon og rekvisisjonsskjema finnes på www.napos.no. Resultater fra Norsk porfyriregister publiseres årlig på www.kvalitetsregistre.no.</p>	
<p>Årsak til legetimen:</p> <p><input type="checkbox"/> Kontroll for EPP</p> <p><input type="checkbox"/> Behandling og oppfølging utenom rutinekontroll</p> <p><input type="checkbox"/> Annet, <i>spesifiser:</i> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Hvilke av disse undersøkelsene er/vil bli utført dette kalenderåret: Ja Nei</p> <p>Erytrocytt protoporfyryn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ALAT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>γ-GT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>PT-INR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Vitamin D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Samtale/veiledning med pasient om lysbeskyttelse og leverpåvirkning. . . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Andre undersøkelser, <i>spesifiser:</i> _____</p>

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

<p>Kliniske opplysninger</p> <p>Er det endringer i pasientens lysømfintlighet siste 12 måneder?</p> <p><input type="checkbox"/> Forbedret <input type="checkbox"/> Forverret <input type="checkbox"/> Uendret <input type="checkbox"/> Vet ikke</p> <p>Har pasienten fått påvist EPP-følgetilstander/komplikasjoner?</p> <p><input type="checkbox"/> Anemi</p> <p><input type="checkbox"/> Benskjørhet</p> <p><input type="checkbox"/> Gallestein</p> <p><input type="checkbox"/> Leverpåvirkning</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> <td style="text-align: center;">Vet ikke</td> </tr> <tr> <td>Bruker pasienten kalsiumtilskudd?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Er pasienten vaksinert mot hepatitt A?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Er pasienten vaksinert mot hepatitt B?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Ja	Nei	Vet ikke	Bruker pasienten kalsiumtilskudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Er pasienten vaksinert mot hepatitt A?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Er pasienten vaksinert mot hepatitt B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Behandling og oppfølging</p> <p>Har pasienten siste 12 måneder fått behandling for EPP med:</p> <p><input type="checkbox"/> Spesielsolkrem (Reflectant)</p> <p><input type="checkbox"/> Antihistamin</p> <p><input type="checkbox"/> Kortikosteroidkrem</p> <p><input type="checkbox"/> Smertestillende medikamenter. Hvilke: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Lysterapi</p> <p><input type="checkbox"/> Scenesse</p> <p><input type="checkbox"/> Betakaroten</p> <p><input type="checkbox"/> Annet, hva: _____</p> <p>Går pasienten til årlig kontroll for EPP?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke</p> <p>Når var pasienten til forrige kontroll?</p> <p>Måned: <input type="text"/> / <input type="text"/> År: <input type="text"/> - <input type="text"/></p>
	Ja	Nei	Vet ikke														
Bruker pasienten kalsiumtilskudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Er pasienten vaksinert mot hepatitt A?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Er pasienten vaksinert mot hepatitt B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

Legeopplysninger (fyll inn navn, arbeidsted og HPR-nummer; eller stempel)	
Dato utfyllt: <input type="text"/> / <input type="text"/> - <input type="text"/>	Plass til stempel
Legens navn: _____	
Arbeidssted: _____ HPR-nr: _____	