

Legekontrollskjema – Porphyrria cutanea tarda (PCT)

PCT-E-3.0

Skjemadel 1 – fylles ut av pasient	Fylles ut av registeret:	
	Dato utsendt: 04.01.2022	ID FM/Access: _____
	Dato mottatt: _____	Postnummer: _____

Pasientopplysninger

Fødselsnummer (11 siffer):

Dato legetime: / -

Navn: _____ Tlf.:

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 porfyri sykdom.

• Ved PCT anbefales **årlige kontroller** inklusiv undersøkelse av porfyri i urin, 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	Porfyri i urin.	<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, spesifiser: _____	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, spesifiser: _____		

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

Benyttes NAPOS sine behandlingsretningslinjer for PCT? Ja Nei Ikke aktuelt

Kliniske opplysninger	Behandling og oppfølging
<p>Har pasienten symptomer på PCT i dag?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke</p> <p>Hvis ja, hvilke symptomer har pasienten?</p> <p><input type="checkbox"/> Blemmer i huden</p> <p><input type="checkbox"/> Sår/skjør hud</p> <p><input type="checkbox"/> Økt pigmentering</p> <p><input type="checkbox"/> Unormal hårvekst</p> <p><input type="checkbox"/> Kløe</p> <p><input type="checkbox"/> Rødbrun urin</p> <p><input type="checkbox"/> Annet: _____</p>	<p>Har pasienten siste 12 måneder fått behandling med:</p> <p><input type="checkbox"/> Blodtapping</p> <p><input type="checkbox"/> Klorokin</p> <p>Hvis behandlet, hva var årsak til behandlingen:</p> <p><input type="checkbox"/> Hudsymptomer</p> <p><input type="checkbox"/> Regelmessig forebyggende</p> <p><input type="checkbox"/> Forhøyet nivå av porfyri i urin</p> <p><input type="checkbox"/> Forhøyet/stigende ferritin-verdier</p> <p><input type="checkbox"/> Annet: _____</p> <p>Går pasienten til årlig kontroll for PCT?</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>

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

Dato utfylt: / -

Legens navn: _____

Arbeidssted: _____ HPR-nr: _____

Plass til stempel