

Covid-19 infeksjoner hos pasienter med binyrebarksvikt

Kjære ROAS-deltager

Du får denne forespørselen fordi du har binyrebarksvikt og er deltager i Register for organ-spesifikke autoimmune sykdommer (ROAS).

Koronaviruspandemien med SARS-Cov-2 er alvorlig og rammer spesielt eldre og personer med tilleggssykdommer. Vi mener det er viktig å lære mer om hvordan koronavirusinfeksjoner affiserer personer med primær binyrebarksvikt. Dette forskningsprosjektet vil blant annet finne ut om infeksjonen har et mildt eller alvorlig forløp, om mange får binyrekriser og om det er sammenheng mellom forløp og kortisondose.

Opplysningene du gir vil inngå i ett forskningsprosjekt om Covid-19 og de vil bli lagret i ROAS hvor de også vil kunne brukes i fremtidige forskningsprosjekt, gitt at de nødvendige tillatelser er på plass.

Om du har hatt koronavirusinfeksjon ønsker vi at du fyller ut skjema og sender det inn. Har du ikke fått koronavirusinfeksjon innen 1. oktober, ønsker vi at du svarer på skjema i alle fall (krysser nei for spørsmålet: Har du hatt infeksjon med koronavirus (Covid-19)?

Det er frivillig å delta i prosjektet. Innsending av spørreskjema anses som å gi aktivt samtykke til deltakelse. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke ved å kontakte prosjektleder Eystein S. Husebye, 55973078, eystein.sverre.husebye@helse-bergen.no. Dersom du trekker deg fra Covid-19-prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Institusjonens personvernombud er Christer Kleppe - personvernombudet@helse-bergen.no.

Med vennlig hilsen

Eystein Husebye

Professor, overlege

Leder av ROAS

Registreringsskjema for infeksjon med koronavirus (Covid-19)

Navn:

Fødselsnr:

Dato:



Infeksjon med koronavirus (COVID-19)

9308	Har du hatt infeksjon med koronavirus (Covid-19)?		1. Ja 2. Nei
5350	Påvist smitte ved laboratorieprøve		1. Ja 2. Nei 3. Usikkert resultat
7732	Prøvetakingsdato		(dato)

Hvilke symptomer utviklet du?

5327	Feber		1. Ja 2. Nei 3. Ukjent
5325	Hoste		1. Ja 2. Nei 3. Ukjent
5326	Kortpustethet		1. Ja 2. Nei 3. Ukjent
9284	Slitenhet eller utmattelse		1. Ja 2. Nei
9285	Dårlig matlyst		1. Ja 2. Nei
9671	Nedsatt lukte- /smakssans		1. Ja 2. Nei
9283	Muskelsmerter		1. Ja 2. Nei
9286	Rennende nese		1. Ja 2. Nei
9287	Hodepine		1. Ja 2. Nei
9289	Sår hals		1. Ja 2. Nei
9293	Mageproblemer		1. Ja 2. Nei
9294	Andre symptomer som ikke er listet ovenfor		1. Ja 2. Nei
9294	Hvilke andre symptomer? (besvares kun om du har svart Ja på 9294)		
9309	Hvor lenge var du syk?		1. Under 3 dager 2. 3 - 7 dager 3. 7 - 14 dager 4. Over 14 dager

Glukokortikoidbehandling under sykdom

9311	Økte du dosen (Cortison, Plenadren etc)?		1. Ja 2. Nei
9312	Hvor stor økning? (besvares kun om du har svart Ja på 9311)		
9313	Satte du eller en pårørende Solu-Cortef hjemme? (besvares kun om du har svart Ja på 9311)		

Sykehusinnleggelse

9314	Utviklet du binyrekrise som krevde sykehusinnleggelse?		1. Ja 2. Nei
9315	Ble du lagt inn i sykehus på grunn av koronavirusinfeksjonen?		1. Ja 2. Nei
9316	Hvor lenge var du innlagt?		1. 3 - 7 dager 2. 7 - 14 dager 3. Over 14 dager

Registreringsskjema for infeksjon med koronavirus (Covid-19)

Navn:

Fødselsnr:

Utviklet du komplikasjoner		
9317	Pusteproblemer som krevde intensivbehandling med respiratorstøtte	1. Ja 2. Nei
9641	Bakteriell infeksjon som krevde antibiotikabehandling	1. Ja 2. Nei
9642	Nyresvikt som krevde medisiner	1. Ja 2. Nei
9643	Hjertesvikt som krevde medisiner	1. Ja 2. Nei
Medisinbruk for binyrebarksvikt		
1807	Hvilket glukokortikoid bruker du?	1. Cortison 2. Cortef 3. Plenadren 4. Prednisolon 5. Dexametason 6. Solu-Cortef
1808	Døgndose du tar av glukokortikoid	mg/døgn
1809	Sett kryss ved rett dose	1. 1 dose/døgn 2. 2 doser/døgn 3. 3 doser/døgn 4. 4 eller flere doser/døgn
1810	Florinef døgndose	mg/døgn
Har du andre sykdommer?		
6814	Diabetes mellitus	1. Ja 2. Nei 3. Ukjent
9973	Høyt blodtrykk	1. Ja 2. Nei 3. Usikker
8014	Tidligere hjerteinfarkt	1. Ja 2. Nei 3. Ukjent
8010	Tidligere hjerneslag	1. Ja 2. Nei 3. Ukjent
10122	Astma	1. Ja 2. Nei
9644	Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)	1. Ja 2. Nei
Medisinbruk for andre sykdommer/tilstander		
1825	Bruker du Levaxin eller annen medisin mot lavt stoffskifte?	1. Ja 2. Nei
1826	Tar du medisin for høyt blodtrykk?	1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke
1827	Tar du medisin for høyt kolesterol?	1. Ja 2. Nei
1829	Har du fått medikamenter mot bakterie-, virus- eller soppinfeksjon det siste året?	1. Ja 2. Nei
1831	Tar du andre medisiner enn de du har oppgitt i punktene over?	1. Ja 2. Nei

Skjema sendes til:

ROAS ved Eystein Husebye

Medisinsk avd.

Haukeland Universitetssykehus

P.B. 1400

5021 Bergen