



## Registreringsskjema

### Register for organspesifikke autoimmune sykdommer

Navn

Personnr.

Adresse

Postnr/sted

Telefon privat

Tlf. jobb

Registreringsdato

Lege (navn, avdeling)

Symptomer	JA	Diagnose	Symptomer	JA	Diagnose
		år			år
Addison's sykdom (binyrebarksvikt)			Pigmenttap i huden (vitiligo)		
Lavt stoffskifte (hypotyreose)			Hårtap (alopeci)		
Høyt stoffskifte (hypertyreose)			Kronisk candidainfeksjon		
Type 1 diabetes			Emaljeskade		
Perniciøs anemi			Hornhinnebetennelse		
Kalkmangel i blodet (hypoparatyreoidisme)			Lever sykdom (spesifiser)		
Gonade/testikkelsvikt			Nyresykdom (spesifiser)		
Cøliaki			Nervesykdom (spesifiser)		
Kronisk diare (malabsorpsjon)			Andre sykdommer (spesifiser)		

**Medikamenter**

Bruk eventuelt baksiden

**Sykdom i familien**

Bruk eventuelt baksiden

**Supplerende  
opplysninger**

Bruk eventuelt baksiden

Skjemaet sammen med samtykkeerklæring og blodprøve sendes til Register for organspesifikke endokrine sykdommer, Medisinsk avdeling, Haukeland Sykehus, 5021 Bergen.