



## Registreringsskjema

*Register for organspesifikke autoimmune sykdommer*

Navn	Personnr.
Adresse	Postnr/sted
Telefon privat	Tlf. jobb
Registreringsdato	
Lege (navn, avdeling)	

Symptomer	JA	Diagnose år	Symptomer	JA	Diagnose år
Addison's sykdom (binyrebarksvikt)			Pigmenttap i huden (vitiligo)		
Lavt stoffskifte (hypothyreose)			Hårtap (alopeci)		
Høyt stoffskifte (hypertyreose)			Kronisk candidainfeksjon		
Type 1 diabetes			Emaljeskade		
Perniciøs anemi			Hornhinnebetennelse		
Kalkmangel i blodet (hypoparathyroidisme)			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.